8
Kwaliteit en prijs van zorg

Aan de orde is het **debat** over **kwaliteit en prijs van zorg**.

De **voorzitter**:
Ik heet de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van harte welkom, alsmede de Kamerleden, ambtenaren en mensen op de publieke tribune. De spreektijd is 4 minuten per fractie, omdat dit een hoofdlijnendebat is.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Ellemeet namens de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Voorzitter. In december sneuvelde de zogenoemde Zorgwet in de Eerste Kamer. De minister liet er geen misverstand over bestaan: zonder deze pijler onder de hoofdlijnenakkoorden konden de voorgenomen doelen waaronder de besparing van 1 miljard niet worden gerealiseerd. Het was crisis. Nu, een kleine twee maanden later, ligt er een nieuw plan, een waardig alternatief voor het onmisbare voorstel over artikel 13, aldus de minister. Bij mijn fractie roept dit zorgplan vooral veel vragen op. Het plan heeft veel weg van een vergaarbak van maatregelen, waarbij onduidelijk is wat de voorstellen financieel opbrengen, of er voldoende draagvlak is bij de partijen die ermee aan de slag moeten en of de route via de AMvB's wel rechtdoet aan de positie van de Staten-Generaal. Een advies van de Raad van State en een doorrekening van de plannen door het CPB zijn nodig om tot een goed gewogen oordeel te komen. Is de minister hiertoe bereid?

Het schrappen van artikel 13 zou een onmisbaar element zijn in het realiseren van de bezuiniging van 1 miljard en van de duurzame bezuinigingen. De nieuwe plannen moeten dus ook een substantieel besparingseffect hebben. Is dat het geval?

Een verbeterd risicovereveningssysteem zou het voor verzekeraars aantrekkelijker moeten maken om chronisch zieken als verzekerden aan zich te binden. Chronisch zieken moeten geen verliespost zijn voor verzekeraars, zonder meer. Het is onwenselijk als zij gediscrimineerd worden door negatieve risicoselectie. Er wordt echter al jaren gestreefd naar een beter functionerend risicovereveningssysteem. Wat maakt dat het nu wel kan? Als de minister voor 2016 een verbeterd vereveningssysteem operationeel wil hebben, dient zij voor de zomer een ex-antemodel klaar te hebben. Dat is snel. Is dat haalbaar? Ik krijg op deze vraag graag een reactie. Ook ben ik benieuwd naar de kosten voor de overheid van dit aangepaste vereveningssysteem.

Een andere prijsprikkel die de minister voorstelt, is een korting op het eigen risico dat chronisch zieken voor gecontracteerde zorg moeten dragen. Het is niet aan de minister om hiertoe te beslissen, maar aan de zorgverzekeraars. Zij hebben al laten weten veel bezwaren in dit deel van het plan te zien. De kosten zullen hoog zijn, terwijl het onwaarschijnlijk is dat zij volledig gecompenseerd kunnen worden door een nog slimmere zorginkoop. Bij wie komen deze kosten dan terecht? Beperken we de vrije artsenkeuze zo niet alsnog voor mensen met weinig geld zonder dat zorgverzekeraars nu al op kwaliteit contracteren?

Ook het streven naar een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (MBI) is niet nieuw. Tot nu toe bleek het niet rond te krijgen. Ook de uitvoerbaarheid van dit voorstel is dus betwistbaar, zeker op korte termijn. Kortom, de financiële impact van het zorgplan rammelt aan alle kanten en roept zeer veel vragen op. Daarnaast is het zorgplan afhankelijk van het draagvlak van de betrokken zorgpartijen. Zoals gezegd, zijn de zorgverzekeraars uiterst kritisch over het voorstel om te korten op het eigen risico. Voor de ggz is er niet eens een hoofdlijnenakkoord meer, doordat de minister dit akkoord eenzijdig opzegde. De minister stelt meer integrale ggz voor in samenwerking met de huisarts. Heeft zij daarvoor wel voldoende steun? Ook de financiële consequenties zijn niet goed te overzien. Naar aanleiding van de voorstellen rondom kwaliteit heb ik eerder aangedrongen op een hoofdlijnenakkoord ter zake. Daarin moeten inderdaad meer stappen worden gezet. Toch zie ik in dit zorgplan weer veel oude wijn in nieuwe zakken.

Ik rond af. Als ik de vergaarbak van voorstellen langsloop en het geheel afpel op haalbare plannen, blijft er eigenlijk schrikbarend weinig over. Als de minister dit zorgplan een waardig alternatief vindt voor het schrappen van artikel 13, geeft dat te denken. Was het schrappen van de vrije artsenkeuze nu echt zo'n belangrijk element in de hoofdlijnenakkoorden of was het vooral een ideologisch punt van de soms wat dogmatische minister?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter. Het verwerpen van de voorgenomen afschaffing van de vrije artsenkeuze door de Eerste Kamer op 16 december sloeg in als een bom. Een meerderheid van de senaat zag niets in het geven van nog meer macht aan de zorgverzekeraars en het opgeven van de vrije artsenkeuze of het maken van een eliteproduct van de vrije artsenkeuze. Er volgde een kerstcrisis en de ruzie werd bezworen met het plan om het nog een keer te proberen. Maar met of zonder instemming van de senaat, het zou toch wel doorgaan.

Ik constateer vandaag dat de minister de bom die is afgegaan op 16 december met haar nieuwe plan niet heeft ontmanteld. In plaats daarvan heeft zij er clustermunitie van gemaakt: een set ondoordachte maatregelen die grote schade gaat toebrengen aan de zorg. In plaats van te kiezen voor solidariteit gaat ze door op de doodlopende weg van meer marktwerking, meer macht naar zorgverzekeraars en concurrentie. Feitelijk hangt zij alsnog een prijskaartje aan het recht om je eigen arts te kunnen kiezen. De bewering dat deze plannen nu ineens leiden tot betere kwaliteit tegen lagere kosten is nergens op gebaseerd. En waar komt nu toch de veronderstelling vandaan dat meer inkoopmacht leidt tot kwaliteitsverbetering? Waarom moet de ggz opgezadeld worden met onmetelijk veel bureaucratie? Wordt de kwaliteit daar beter van? Is het akkoord met de ggz, het hoofdlijnenakkoord, nu echt opgezegd nu de minister zelf artikel 13 ook los lijkt te laten?

Wat voor ons ligt, is een onderhandelingsresultaat van de Tweede Kamerfracties van de VVD en de Partij van de Arbeid. Partijen in de zorg zijn niet gehoord. De Eerste Kamer is opzij geschoven en zelfs de gedoogcoalitie is niets

gevraagd. Wat is er over van de minister die met akkoorden haar plannen met een breed draagvlak tot uitvoering wilde brengen? Klopt het dat er een veel langere lijst van maatregelen is geweest dan de lijst die we vandaag hebben gekregen, waarover onderhandeld is? Is de minister bereid om die totale lijst naar de Kamer te sturen?

De minister en de coalitie komen steeds meer alleen te staan in hun overtuiging dat het de juiste weg is om meer marktwerking en meer concurrentie in de zorg toe te staan. Er is juist een steeds groter wordende roep om regie vanuit de overheid. De minister is de controle op het zorgstelsel kwijt en de zorgverzekeraars hebben een ernstig gebrek aan draagvlak. De oplossing is dus niet "meer macht naar de zorgverzekeraars", maar de oplossing is juist "weg met de zorgverzekeraars". Ook de roep om solidariteit is groot, dus niet het verhaal dat mensen hun vrije artsenkeuze moeten opgeven als zij hun eigen risico niet kunnen betalen. Dat is naar mijn mening onrechtvaardig en naar de mening van Zorgverzekeraars Nederland zelfs ongeloofwaardig. Zij noemen het bureaucratisch; mevrouw Ellemeet had het daar ook over. Bovendien kan het al. In de routetijdtabel die we vandaag kregen van de minister staat dat ook. Het was toch al bekend op het ministerie, dat een verlaging van het eigen risico gewoon kan? Waarom heeft de minister dit dan afgelopen vrijdag in al haar mediaoptredens gepresenteerd als iets nieuws, iets wat zij had bedacht? Het kan allang.

Na jaren ontkennen dat er een probleem is met zorg mijden op financiële gronden en dat er risicoselectie bestaat om dure patiënten buiten de deur te houden, is de minister opeens om. Zij heeft het voornemen om de risicoverevening aan te passen, zodat chronisch zieken en ouderen lucratief worden voor verzekeraars. Hiermee opent de minister de perverse jacht op de meest zieke patiënt. Zij blijft met oogkleppen op zoeken naar een oplossing binnen het systeem terwijl we weten dat het systeem het probleem is.

Er is nu een plan van 21 maatregelen, overgoten met een sausje van kwaliteit en transparantie. Eén ding is echter duidelijk: het zijn vrijwel allemaal maatregelen waarmee de minister de Staten-Generaal buitenspel zet. Zij negeert de Eerste Kamer en zij degradeert de Tweede Kamer tot een stempelmachine. Is dat werkelijk de nieuwe omgang van deze minister met de Staten-Generaal?

De heer **Rutte** (VVD):
Mevrouw Leijten houdt een buitengewoon somber verhaal. Dat gebeurt helaas vaker. Nu weten we dat de SP heel anders over zorgstelsels denkt dan de VVD. De SP wil graag alles regelen via de Staat, de VVD gelooft wat meer in een stelsel met gereguleerde marktwerking, met wat meer keuzevrijheid. Ik stel echter de volgende vraag, afgezien van al die stelsels. Er ligt nu een pakket maatregelen voor, dat ervoor zorgt dat het echt gaat lonen om meer te doen voor chronisch zieken en andersoortige patiënten, dat de mogelijkheid in zich herbergt om het eigen risico te verlagen.

De **voorzitter**:
Wat is de vraag?

De heer **Rutte** (VVD):
Dat zijn toch echt dingen waar de SP altijd voor pleit. Zou het dan misschien een goed idee zijn om te zeggen: hé, goede voorstellen?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het is algemeen bekend dat de SP het hele klantenbindingscircus dat we het hele jaar door zien, met de reclametijd in november en december, niets vindt. Dat is een uiting van dit stelsel, namelijk zorgen dat de meest rendabele verzekerde, op wie jij het meest winst maakt, bij jou blijft. Daar wordt geen afscheid van genomen. Het verschuift alleen van ziek en niet gezond naar oud en wel ziek. Dat maakt dat niet anders, dus we zullen blijven zien dat er meer dan een half miljard wordt uitgegeven aan die klantenbinding en reclames. Ik vind dat zonde. Daarom zeg ik: zoek niet een oplossing in het systeem, dat het probleem is; zoek de oplossing daarbuiten. Ik ben er heel erg voor dat chronisch zieken en ouderen beter worden bediend in ons zorgstelsel. Ik geloof alleen niet dat de oplossing is dat zij commercieel aantrekkelijk worden, zoals de minister dat zei.

De **voorzitter**:
Tot slot, mijnheer Rutte.

De heer **Rutte** (VVD):
Ik ben bang dat ik moet concluderen dat de Socialistische Partij ideologisch gezien kiest voor een revolutie, terwijl er via de weg van de evolutie heel veel te halen viel. Dat is gewoon jammer.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Wij hebben jarenlang de jacht op de meest gezonde en de minst zieke verzekerde gezien. Als het aan de minister ligt, krijgen we straks de jacht op de meest oude en de meest zieke patiënt. Volgens mij is dat een doodlopende weg.

☐

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. De minister heeft een nieuw zorgplan in elkaar gedraaid, een behendig staaltje politiek vakwerk. De minister heeft eerst op het paard van de vrije artsenkeuze gewed, maar dat is voor de finish door zijn hoeven gezakt. Eigenlijk lijkt de minister nu op een batterij paarden te wedden, maar waar gaan die paarden heen? Halen al die maatregelen de finish wel? Het is eigenlijk een vergaarbak aan maatregelen die de hele zorg raken. De technische termen vliegen je om de oren: risicoverevening, gedifferentieerd macrobeheersingsinstrumentarium. Het roept eigenlijk een heleboel vragen op wat deze maatregelen nu in de praktijk gaan betekenen.

Het CDA vindt het wel opvallend dat de minister ervoor kiest om veel maatregelen niet meer met de wet te regelen, maar met een AMvB: eigenlijk 18 van de 21. Dan gaat het om de invloed van zorgverzekeraars, de transparantie van zorgverzekeraars en de kwaliteit van aanbieders. Dat betekent dat de Tweede en de Eerste Kamer eigenlijk geen zicht meer hebben op de uitwerking van die maatregelen. Is dit een onconstitutionele sluiproute van de minister? Is zij

bereid om op meer punten wel voor wettelijke waarborgen te kiezen?

Het CDA vindt het net als de minister heel belangrijk dat chronisch zieken en gehandicapten goede zorg krijgen, maar zij wil deze nu verleiden door zorgverzekeraars een korting op het eigen risico te laten geven. Waarom noemt de minister specifiek deze groep? Dit kunnen zorgverzekeraars toch allang? Ze doen dit alleen niet. Wat is dan ook de reactie van de minister op de opmerking van de zorgverzekeraars dat zij weinig kans zien op het slagen van deze maatregel?

Tegen de minister wil ik ook het volgende zeggen. Met de verkeerde diagnose krijg je nooit het juiste behandelplan. De vraag is namelijk niet of zorgverzekeraars onvoldoende macht hebben. De vraag is waarom zorgverzekeraars hun macht verkeerd gebruiken. Het CDA hecht er net als de minister echt aan dat de zorg voor mensen betaalbaar blijft. Dit plan moet er ook voor zorgen dat we de zorg betaalbaar houden. Heeft de minister dit plan ook laten doorrekenen door het Centraal Planbureau? Welke opbrengst kwam daaruit?

Ook wil het CDA graag weten met welke partijen in het veld de minister heeft overlegd over dit plan. Ik heb een heleboel verraste reacties gezien. Wat is hun input precies geweest? Hoe verhoudt dit plan zich tot het ggz-akkoord dat opgezegd is?

De minister heeft ook een oud plan uit de mottenballen getrokken. Als er te veel geld in de zorg wordt uitgegeven, dan moeten zorgverzekeraars zonder contract dit gaan terugbetalen. Maar wij hebben hier in de Kamer inmiddels een onderzoek liggen waaruit gewoon blijkt dat dit voor nieuwe en kleine zorgaanbieders zeer grote risico's en enorme kortingen met zich mee zal brengen, met alle gevolgen tot aan faillissementen van dien, vooral voor de geestelijke gezondheidszorg. Deze maatregel versterkt juist nog meer de macht van zorgverzekeraars. Wat betekent dit bijvoorbeeld voor identiteitsgebonden christelijke instellingen? Wat betekent het voor de toegang van nieuwe innovatieve zorginstellingen? Kan de minister het advies van de landsadvocaat hierover integraal aan de Tweede Kamer sturen?

U hoort het al: dit debat is slechts een aftrap. Het gaat over een complex pakket aan maatregelen, een vergaarbak. Het CDA heeft nog veel vragen over het draagvlak, de financiën en over de parlementaire route.

De heer **Rutte** (VVD):
In het begin van haar betoog zei mevrouw Bruins Slot dat de gekozen route onconstitutioneel zou zijn. Daarmee sluit zij aan bij wat mevrouw Ellemeet en mevrouw Leijten zeiden. Mevrouw Bruins Slot is volgens mij jurist. Kan zij mij uitleggen wat er onconstitutioneel is aan een Algemene Maatregel van Bestuur?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik heb de vraag gesteld of de minister de onconstitutionele sluiproute heeft gekozen, omdat een aantal maatregelen die we eerst bij wet zouden regelen, nu ineens via de achterdeur van een Algemene Maatregel van Bestuur worden ingevoerd. Dat vind ik een gemiste kans.

De heer **Rutte** (VVD):
De zaken die geregeld zouden worden in de wet die in de Eerste Kamer is gesneuveld, worden nu niet bij AMvB geregeld. Een aantal zaken die er als amendement in stonden, worden als beleidsregel via de NZa ingevoerd. Ik ben blij dat dit kan. Maar ik wil even terug. Een onconstitutionele sluiproute doet vermoeden dat er iets wordt gedaan wat in strijd is met de Grondwet. Een Algemene Maatregel van Bestuur, waarvan er in dit huis zo'n 400 per jaar passeren, is toch een normaal onderdeel van onze rechtsstaat? Daar is niets onconstitutioneels aan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het merendeel van de AMvB's passeert de Tweede Kamer helemaal niet. Die kan de minister gewoon publiceren. Het gaat erom dat we een aantal heel belangrijke toetsen voor de zorgverzekeraars wilden vastleggen in de wet, omdat deze betere waarborgen biedt. Als je de kans hebt om voor betere waarborgen in de wet te kiezen, heeft dat de voorkeur. Het valt mij op dat van de 21 maatregelen die we nu hebben gekregen, er maar drie wettelijk worden vastgelegd. De andere gaan via de achterdeur. De voordeur zit op slot, dus ik snap wel dat de minister een kelderraampje probeert, maar het geeft geen goed gevoel.

☐

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Voorzitter. Ik heb zelden een kip zo snel een ei zien uitbroeden. Nu spreken we al over het broedsel, dus dat is bijzonder. De NPCF heeft het zelfs al een werkagenda genoemd. Mijn fractie is blij met de afspraken die vanmorgen zijn gemaakt in de procedurevergadering, namelijk dat we op heel zorgvuldige wijze inhoudelijk zullen spreken over hetgeen de minister naar de Kamer heeft gestuurd. Ik gebruik dit hoofdlijnendebat vooral om een aantal procesmatige vragen te stellen.

Er komt geen nieuwe, allesomvattende wet zoals we hadden en zoals die in de Eerste Kamer is gesneuveld. Dat kan. De minister kiest nu voor een wat andere route. Bij een onderwerp dat maatschappelijk zo veel losmaakt, is de keuze voor een wet op zich een heel logische. Dat doet de minister nu niet. Wat zit daarachter? Is zij bang om weer tegen een kritische Eerste Kamer aan te lopen en wordt het debat op deze wijze wat ontweken? Het lijkt mij goed dat zij in dit debat klip-en-klaar antwoord geeft op deze vraag. Een wet zou op zich niet misstaan.

De vorige wet had als titel De verticale integratie. In de Eerste Kamer heeft de minister zelfs aangegeven dat dit voorop had moeten staan, al ging het alleen over artikel 13. De verticale integratie is nu op een of andere manier weg. Dat begrijp ik niet helemaal. Ik zou graag van de minister willen weten waarom dat niet in haar actieplan zit. Ik vind eigenlijk dat het er wel in zou moeten zitten.

Er wordt het een en ander via AMvB's geregeld. Dat woord is een beetje besmet geraakt en dat heeft alles te maken met het debat dat we gehouden hebben nadat de wet in de Eerste Kamer was gesneuveld. Toen werd het als een bijsluiter meegenomen: mocht een nieuwe wet weer sneuvelen, dan zouden we het via een AMvB regelen. Dat is absoluut niet democratisch en ik zou er dan ook voor zijn gaan liggen. Op zich kunnen AMvB's wel gebruikt worden,

maar er moet rechtsgrond voor zijn. Ik wil van de minister duidelijk horen welke rechtsgrond zij ziet voor de AMvB's die zij voorstelt. Ik wil haar eigenlijk adviseren, sterker nog, ik vraag haar om iedere schijn weg te nemen dat zij met AMvB's gaat werken om lastige discussies uit de weg te gaan en ze gewoon voor te hangen. Dan komen ze zowel in de Tweede als de Eerste Kamer aan bod en kan er over de inhoud worden gesproken. Daar is de minister volgens mij ook helemaal niet bang voor, want zij wil het debat aangaan, zo heb ik haar de afgelopen dagen op allerlei plekken horen zeggen.

Ook ik ben verbaasd over het feit dat de zorgakkoorden, die altijd als een heel belangrijke reden zijn genoemd om de weg in te slaan zoals die uiteindelijk is ingeslagen met de vorige wet, ineens minder van belang zijn. Hoe kan dat ineens? Daar ben ik oprecht zeer verbaasd over. Wij weten allemaal dat die 1 miljard in de beeldvorming destijds heel erg gekoppeld was aan artikel 13. Dat was niet juist, want die 1 miljard had vooral te maken met de opbrengsten van de zorgakkoorden. Daar zat de heel duidelijke drive achter om de kosten te beheersen. Nu is dat allemaal weg, dus staan ook de zorgakkoorden ter discussie. Dat kan weer gevolgen hebben voor de wijze waarop wij met elkaar de kosten willen beheersen. Graag krijg ik daar straks klip-en-klaar duidelijkheid over.

Dat geldt ook voor een groot aantal aannames in de plannen, met name de aanname rond het lagere eigen risico. Ik zeg het mevrouw Leijten na: dat kan al. Het is niet toegepast. Er zijn ook redenen te geven waarom dat niet gebeurd is. Dat schijnt ingewikkeld te zijn, zeker op individueel niveau, maar het moet ook betaald worden. Hoe gaan wij dat doen? Of zijn wij hier bezig iets te presenteren wat uiteindelijk in de praktijk niet op zal gaan?

De positie van verzekerden ten opzichte van de zorgverzekeraars is voor ons een belangrijk punt. Daar gaat de minister mee aan de slag. Helaas wordt die nu niet wettelijk geborgd. Dat zouden wij veel beter hebben gevonden. Hoe ziet de minister dat inhoudelijk? Ik heb gezien dat zij dit voor de zomer wil afronden.

☐

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Mevrouw de voorzitter. Er is weer een kort reces aanstaande. Dat gaat samen met een debat over de kwaliteit en prijs van de zorg. Het wordt misschien wel een traditie. Wij weten immers dat, nadat het wetsvoorstel in de Eerste Kamer werd verworpen, voor de kerst de grote vraag was hoe het vervolg eruit zou zien. Wij hebben de regering in dat debat toen uitdrukkelijk verzocht om geen sluiproutes te nemen. Wij zijn in die zin blij dat het oorspronkelijke spoor is verlaten om voor de AMvB-route te kiezen en zo hetzelfde te regelen als in de wet maar dan via de route van de AMvB. Het gaat nu niet alleen om een ander proces maar ook om een ander product, zo begrijp ik althans de brief van de minister. Er ligt hier een nieuw plan dat wel nog steeds betrekking heeft op dezelfde doelstellingen: betere kwaliteit van zorg en duurzame betaalbaarheid.

Het nadeel is dat in plaats van één duidelijk wetgevingstraject nu gekozen is voor een complex van heel verschillende maatregelen. Het is op zichzelf niet vreemd dat daar een verschillend besluitvormingsproces bij hoort, maar het is wel een hele puzzel om te zien wat op welke manier wanneer aan de orde zal komen. Daar hebben andere sprekers ook al op gewezen. Wij hechten zeer aan parlementaire zuiverheid. Door de voorgeschiedenis is een beetje het wantrouwen gewekt in die zin dat wij ons afvragen of dit niet een manier is om het parlement linksom of rechtsom buiten spel te zetten. Voor ons is de test of bij de afzonderlijke maatregelen zoals wij die zullen zien, sprake is van een normaal gebruik van delegatiebepalingen en niet van het oprekken van die delegatiebepalingen. Als het goed is, komt dat bij de advisering door de Raad van State wel naar voren.

Op onderdelen is de minister niet verplicht om de Tweede Kamer te betrekken bij de uitwerking van AMvB's. Dan denk ik aan de juridische grondslagen waarbij geen voorhangprocedure in de wet is geregeld. Gelet op het grote belang en ook gelet op de voorgeschiedenis vraag ik de minister om bij alles wat tot dit pakket behoort, voorhang of geen voorhang in formele zin, royale parlementaire betrokkenheid tot haar recht te laten komen. Graag ontvang ik op dit punt een reactie.

De brief levert veel vragen op over de te verwachten effecten en de bezuiniging die de maatregelen zullen opleveren. Hoe hard zijn de aannames, zowel op het vlak van de kwaliteitsverbetering als op het vlak van de kostenbeheersing? Wij krijgen nog een hoorzitting, een technische briefing, die zeker kan helpen om daar meer inzicht in te krijgen. Een punt dat mij meteen al opviel: sommige gemeenten bieden de minima in het kader van het minimabeleid een zorgverzekering aan zonder eigen risico. Als meer gemeenten dit doen, is er voor een gedeelte van de doelgroep die de zorgverzekeraars niet meer kunnen trekken met een lager eigen risico geen verlokking meer. In die zin is er ook geen sprake van een kostenbesparing. Hoe zit het met een degelijk element?

Hoe kijken de zorgverzekeraars tegen de nieuwe plannen aan? Wat is het draagvlak voor dit maatregelenpakket?

De SGP vindt dat het nauw luistert hoe de maatregelen worden uitgewerkt. Wij willen daar dan ook meer over weten voordat wij ons een definitief oordeel over de maatregelen kunnen vormen. Ik noem het punt van het opschroeven van de kwaliteitseisen. Op zich is dat een begrijpelijk idee, maar de precieze uitwerking luistert nauw. Wordt er rekening gehouden met zowel grote als kleine spelers? Krijgen innovatieve nieuwe spelers nog wel toegang tot de markt en blijft de identiteitsgebonden zorg ruim aan zijn trekken komen? Wat zijn de plannen van de minister om grootschaligheid en de daaruit voortvloeiende verschraling van het zorglandschap te voorkomen? Worden de amendementen die op dit punt zijn ingediend tijdens de behandeling van het oorspronkelijke wetsvoorstel onverkort overgenomen?

Kortom, ook bij onze fractie leven nog de nodige vragen bij het ingediende maatregelenpakket. Graag horen wij de reactie van de minister op onze opmerkingen en vragen.

☐

De heer **Rutte** (VVD):
Voorzitter. Als patiënt wil je de beste zorg en als verzekerde wil je een scherpe premie. Met de maatregelen die de minister voorstelt, leidt hoge kwaliteit tot een betere betaalbaarheid. De VVD is daar verheugd over. Het valt te prijzen dat de minister na de teleurstelling vlak voor kerst

niet bij de pakken is gaan neerzitten, maar de handschoen heeft opgepakt en nu met een samenhangend pakket komt dat bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg en daarmee ook aan het verbeteren van de betaalbaarheid van de zorg. Dat is van groot belang, want op deze manier houden wij een breed pakket van zorg betaalbaar en beschikbaar voor iedereen en voorkomen wij dat het pakket verkleind moet worden of dat het eigen risico extra verhoogd moet worden.

Het gaat om een zeer uitgebreid, maar ook samenhangend pakket van maatregelen. Voorgaande sprekers zeiden dit al. De Kamer laat zich hierover in de komende weken uitvoerig voorlichten. Dat is nodig om alle maatregelen in detail goed te kunnen beoordelen. Vanavond zal ik mij beperken tot de hoofdlijn, die zich in feite laat samenvatten in twee woorden: kwaliteit loont. Kwaliteit loont omdat kwalitatief goede zorg doorgaans ook betaalbare zorg is. Kwaliteit loont omdat verzekeraars meer dan nu geprikkeld zullen worden om patiënten aan zich te binden en voor hen de beste zorg in te kopen. Kwaliteit loont omdat wie voor gecontracteerde zorg kiest, wellicht een lager of helemaal geen eigen risico hoeft te betalen. Kwaliteit loont omdat er een forse versnelling wordt gerealiseerd in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en omdat verzekeraars deze leidend laten zijn bij de inkoop. Kwaliteit loont omdat voor verzekerden en patiënten veel meer objectieve kwaliteitsinformatie beschikbaar komt en vindbaar wordt gemaakt, zodat er ook echt iets te kiezen valt.

Uiteraard moeten in de komende tijd bij de bespreking en de implementatie van de individuele maatregelen nog veel details uitgewerkt worden. Vandaag wil ik vooral benadrukken dat de VVD blij is dat wij met dit pakket aan maatregelen koers blijven houden op de weg van verbetering van de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Kwaliteit loont. Je kunt het zo vaak herhalen als je wilt, maar of je erin gelooft is een tweede. Wat in ieder geval loont, zijn de klantenbinding en de reclame-uitingen van zorgverzekeraars. Gedurende het hele jaar besteden ze daar een half miljard aan. De meest jonge, gezonde personen willen ze binnenhalen, want daar geven ze geen geld aan uit. Op die groep kunnen ze marge, een commercieel voordeel behalen, zoals de minister dat noemt. Waarom vindt de VVD het een goed idee om chronisch zieken en ouderen rendabel te maken?

De heer **Rutte** (VVD):
Het is een heel lange inleiding met een aantal feitelijke onjuistheden. Er wordt geen half miljard in marketing en reclame gestoken. Mevrouw Leijten weet dat, maar vindt het heel leuk om dat steeds te herhalen. Het gaat om 50 miljoen en de rest wordt besteed aan klantenservice. Als dat ook al marketing heet, zijn we met een heel rare discussie bezig. Afgezien daarvan zou ik denken dat de SP verheugd is dat we nu maatregelen nemen, waardoor die verzekeraars zich inderdaad niet meer gaan richten op al die gezonde mensen — mevrouw Leijten weet dat ik me daar ook zeer aan erger — maar zich gaan inzetten voor de mensen voor wie de zorgverzekering primair is bedoeld, namelijk de patiënt. Als verzekeraars zich gaan richten op die patiënt, omdat dat inderdaad voor hen loont, loont het voor de verzekeraar om voor hen juist heel goede zorg in te kopen en loont het voor de patiënt om te kiezen voor de verzekeraar die dat het beste doet. Daar worden we allemaal beter van. Daarom loont de kwaliteit.

De **voorzitter**:
Mevrouw Leijten had een lange inleiding nodig, en u had ook een lang antwoord. Zowel de interrupties als de antwoorden daarop horen dus kort te zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Klantenbinding, marketing, reclame, het sponsoren van voetbalclubs en televisieprogramma's kosten samen wél een half miljard. Dat is een onderdeel van het systeem, zegt de minister. Dat kun je vinden. Maar nou het punt: de beste verzekerde voor een verzekeraar is degene die geen kosten maakt. Dan kun je de premie een-op-een behouden, want die hoef je dan niet te betalen. Aan een chronisch zieke en een oudere ben je altijd geld kwijt. Dus hoe denkt de heer Rutte van de VVD dat chronisch zieken en ouderen daadwerkelijk een commercieel rendement kunnen opleveren voor zorgverzekeraars?

De heer **Rutte** (VVD):
Ik zou denken dat mevrouw Leijten na zoveel jaar zorgwoordvoerderschap voor de SP inmiddels zou begrijpen hoe verevening werkt. Nu al is de verevening voor sommige gezonde groepen in bepaalde leeftijdscategorieën en met een bepaald opleidingsniveau negatief. Een verzekeraar die zo'n klant aantrekt, moet er dus geld bij leggen. Dat is de negatieve verevening voor sommige groepen. Dat gebeurt. Wat er nu gaat gebeuren — althans dat lees ik in de brief van de minister — is dat die verevening zo veel mogelijk opgeschoven wordt richting patiënt, waardoor het veel meer gaat lonen om die patiënt aan je te binden en het nog veel minder dan nu gaat lonen om de gezonde dertiger met een hoge opleiding aan je te binden. Dat is goed, want dat leidt tot gewenste effecten.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Juist op 14 december hebben we een brief van de minister gekregen, waarin staat dat uit onderzoek blijkt dat de overbetaling van chronisch zieken niet leidt tot minder prikkels voor risicoselectie en niet noodzakelijk tot verbetering van de mogelijkheden voor het zorginkoopbeleid. Het werkt niet, staat in een eerdere brief van de minister.

De heer **Rutte** (VVD):
Die brief heb ik ook gelezen. Ik ben ervan overtuigd dat het vanwege de samenhang van alle maatregelen toch een goede maatregel is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Waar baseert de heer Rutte dit op? De risicoverevening is het fundament van de maatregel, maar uit onderzoek blijkt dat de oplossing van de minister niet werkt. Dat wist ze op 14 december al. Waarom vindt de heer Rutte dan wel dat het gaat lukken?

De heer **Rutte** (VVD):
Er ligt een totaalpakket voor. Het gaat in totaal om 21 maatregelen, waarbinnen de verevening een belangrijk onderdeel is. In die samenhang en met dat totaalpakket denk ik dat dit wel degelijk een heel groot en belangrijk effect gaat hebben. Ik geloof daarin en vind het belangrijk. We moeten alle maatregelen in samenhang bekijken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik hoor de heer Rutte zeggen dat hij het een goede zaak vindt dat verzekerden met een korting op hun eigen risico de keuze voor gecontracteerde zorg maken. Wat vindt de heer Rutte er dan van dat de verzekeraars voor meer dan 90% contractafspraken maken op basis van de prijs en dat kwaliteit nog nauwelijks een rol speelt in die contractering? Creëren we op deze manier niet alsnog een tweedeling? Aan de ene kant staan de mensen die het zich kunnen veroorloven en niet die korting op het eigen risico nodig hebben; zij hebben een echte vrije keuze. Aan de andere kant worden de mensen met een kleine portemonnee gedwongen om te kiezen voor de gecontracteerde zorg, zonder dat dit aantoonbaar betere zorg is.

De heer **Rutte** (VVD):
In het totale pakket aan maatregelen wordt fors ingezet op veel meer kwaliteitsindicatoren — het zijn er direct al 30 — en de verzekeraars hebben toegezegd langs die indicatoren te zullen inkopen. Mevrouw Ellemeet vindt dat er nog onvoldoende op kwaliteit wordt ingekocht. Dat deel ik met haar. Echter, juist in dit pakket zit dat dat veel meer gaat gebeuren en dat daarin een versnelling wordt aangebracht. Dat is heel goed.

Ik kreeg twee vragen, dus moet ik ook twee antwoorden geven. Het tweede gaat over het eigen risico. Als een patiënt wil kiezen voor heel goede zorg en als die dan ook nog eens, als extra steuntje in de rug, een lager eigen risico krijgt, dan vind ik dat een heel positief signaal. Ik snap werkelijk niet dat GroenLinks dat slecht vindt, waarom GroenLinks mensen dat voordeel niet zou gunnen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
GroenLinks is niet de enige die dit een slecht idee vindt. Ook de zorgverzekeraars hebben vraagtekens gezet bij dit instrument, bij het op deze manier — ik doel op het geven van korting — inzetten van het eigen risico. Daar komt bij dat de kwaliteitscontractering zich eerst moet bewijzen. Ik hoop, met de heer Rutte, van harte dat er meer gecontracteerd zal worden op kwaliteit. Dat is echter nog niet het geval. Is het niet de juiste volgorde om eerst de zorgverzekeraars zich te laten bewijzen, om hen te laten aantonen dat zij op kwaliteit inkopen en contracteren, en om dan de mogelijkheid aan verzekerden te geven om ook te kiezen voor die kwaliteitscontractering? Het zou niet andersom moeten zijn, waarbij we nu al verzekerden sturen via een instrument dat volgens de verzekeraars in de praktijk niet werkt en hoge kosten zal opleveren, zonder dat dit nu leidt tot betere zorg voor die verzekerden.

De heer **Rutte** (VVD):
Het is niet een "eerst dit, dan dat". We moeten het tegelijkertijd doen. In het pakket zitten beide kanten. Er zijn veel meer kwaliteitsindicatoren, veel meer aanwijzingen over hoe moet worden gecontracteerd langs lijnen van kwaliteit, zoals mogelijkheden om als partij eindelijk eens een keer in verzet te komen als je vindt dat je ten onrechte niet wordt gecontracteerd. Daar doen we dus heel veel aan. Dat hele pakket zal moeten leiden tot een betere kwaliteit van zorg in de inkoop. Ik vind het heel prettig dat mensen daarvoor kunnen kiezen en daar ook nog financieel voordeel bij hebben. Dat zou GroenLinks ook een heel goed idee moeten vinden.

☐

Mevrouw **Klever** (PVV):
Voorzitter. Als het nieuwe zorgplan één ding duidelijk maakt, dan is het wel dat er heel wat mis is met ons zorgstelsel. Dat is toch wel opmerkelijk om van deze minister te horen. Ze is blijkbaar de ontkenningsfase voorbij. De minister geeft bijvoorbeeld toe dat er te grote zorginstellingen zijn ontstaan door fusies, dat er toch indirect risicoselectie plaatsvindt, dat er te veel problemen zijn bij de contractering en dat medische fouten en hersteloperaties de zorg duur maken. Dat zijn stuk voor stuk problemen die de PVV al jaren inbrengt maar die de minister steeds heeft weggewuifd. Helemaal opmerkelijk is het dat de minister toegeeft dat het hoge eigen risico de koopkracht aantast, betalingsproblemen veroorzaakt en tot zorgmijding leidt.

De PVV is blij dat de minister dit eindelijk inziet, maar is niet blij met de voorgestelde oplossingen. Hier past namelijk maar één maatregel: het eigen risico voor iedereen verlagen. Pak hiervoor de fraude aan! De minister wil het eigen risico echter alleen verlagen voor mensen die naar de pijp van de zorgverzekeraars dansen, zogenaamd omdat dezen weten waar de beste zorg wordt verleend. Hoe de minister dat kan volhouden, begrijp ik niet. Ik wees er vorige week al op dat Achmea patiënten naar het Diaconessenhuis stuurt, een instelling die onder toezicht van de inspectie staat omdat de patiënten er onverantwoorde risico's lopen op de operatiekamers. Patiënten met longkanker die naar het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis willen, mogen dat niet van de zorgverzekeraar; gaan ze daar wel heen, dan moeten ze het zelf betalen.

Niet alleen zijn de problemen uiteindelijk erkend, ze zijn nu opeens ook urgent, zo urgent dat het gebruikelijke traject van een nieuw wetsvoorstel te lang gaat duren in de ogen van de minister. Ze is zeker bang dat ze de eindstreep niet meer zal meemaken en kiest daarom de route van een zogenoemde Algemene Maatregel van Bestuur. Dat doet ze natuurlijk niet alleen omdat dit sneller is, maar vooral omdat ook hiermee de Eerste Kamer buitenspel wordt gezet. Hoe democratisch is dat? Zowel de inhoud als de uitvoering van het nieuwe zorgplan verschilt weinig van die van het weggestemde voorstel over de vrije artsenkeuze. Het plan is omkleed met mooie woorden voor patiënten. Er wordt gedreigd met maatregelen als het draagvlak ontbreekt. Het parlement wordt omzeild en het debat wordt ontlopen. De minister zet niet alleen het parlement buitenspel. Ze zet ook zorgverleners die zonder contract werken, buitenspel. Ze zet zorgverzekeraars die uitsluitend restitutiepolissen aanbieden, buitenspel. En ze zet patiënten met een kleine portemonnee buitenspel. Zo kennen we de liberale VVD-minister weer. De vrije artsenkeuze is er alleen voor de rijken.

Tot slot heb ik nog drie concrete vragen aan de minister. Gaat het eigen risico verder verhoogd worden? Is het de bedoeling dat restitutiepolissen gaan verdwijnen? Hoe wordt de besparing van 1 miljard gehaald?

☐

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. We kregen vrijdag een brief met de alternatieve invulling van het kabinet voor het gesneuvelde wetsvoorstel dat onder meer de aanpassing van artikel 13 regelde. In die brief staan 21 maatregelen voor het verbeteren van de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Wat mijn fractie betreft bevat die brief een aantal goede punten. Ik noem bijvoorbeeld het vergroten van de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars, de wettelijke verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet en de transparantie die zorgverzekeraars moeten gaan bieden over de zorg die ze inkopen. Voor dat laatste punt heb ik vorig jaar bij de wetsbehandeling een amendement ingediend. De brief laat echter ook veel open. Er leven bij mijn fractie dan ook nog de nodige vragen over de precieze uitwerking. Ik zal me vanavond daarom focussen op de hoofdlijnen en heb na het lezen van de brief een aantal vragen.

Regelen de maatregelen uit de brief materieel hetzelfde als in het verworpen wetsvoorstel was geregeld? Als dat zo is, waarom heeft de minister dan niet op voorhand voor deze route gekozen? Met deze maatregelen is de onzekerheid over het hinderpaalcriterium nog niet weggenomen. Graag krijg ik hierop een reactie van de minister.

Het stemt mijn fractie tot tevredenheid dat de minister niet haar toevlucht heeft genomen tot een AMvB om het verworpen wetsvoorstel alsnog te regelen. De heer Van der Staaij noemde dat een sluiproute. Dat neemt echter niet weg dat de minister maar enkele van de 21 maatregelen bij wet regelt en toch ook een aantal malen een AMvB nodig heeft. AMvB's zijn naar de mening van D66 bedoeld voor technische zaken in de uitvoering, niet voor essentiële zaken, zeker niet na de valse start die gemaakt is nadat de wet waarin artikel 13 werd gewijzigd, sneuvelde in de Eerste Kamer. Ik hoor graag van de minister hoe zij hiertegen aankijkt en of zij ook vindt dat zij met deze maatregelen hieraan voldoet.

Er is veel aandacht uitgegaan naar de maatregel om het eigen risico te verlagen voor mensen die naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Daar zitten echter heel veel haken en ogen aan. Het kan nu ook al, maar het blijkt voor zorgverzekeraars ingewikkeld om uit te voeren. Ze doen dit dan ook niet of nauwelijks. Hoe gaat de minister voor elkaar krijgen dat zorgverzekeraars dit wel gaan doen?

Mijn fractie is ook bezorgd of het verlagen van het eigen risico per saldo niet leidt tot verhoging van de premie voor iedereen. De minister zegt dat zij dat niet verwacht, maar tegenover de lagere eigen betalingen aan de ene kant moeten ergens anders toch hogere opbrengsten staan. Graag hoor ik van de minister waarop zij haar verwachtingen baseert. Wil zij dit onafhankelijk laten toetsen, bijvoorbeeld door het Centraal Planbureau?

Aan de hoofdlijnenakkoorden en het daarmee samenhangende verworpen wetsvoorstel zat een budgettaire besparing van 1 miljard euro vast. De minister heeft zelf al aangegeven dat ze het hoofdlijnenakkoord voor de ggz als opgezegd beschouwt. De brief van vrijdag maakt niet duidelijk of, en zo ja hoe, de 21 maatregelen dezelfde opbrengsten opleveren. Graag krijgen wij daarom een uitgebreide financiële onderbouwing van de budgettaire gevolgen.

De minister heeft haar brief de titel "Kwaliteit loont" gegeven. Als je alle 21 maatregelen van enige afstand door je oogharen in enige samenhang probeert te bekijken, dan zijn veruit de meeste maatregelen eigenlijk niet nieuw. Het zijn maatregelen die al vaak de revue gepasseerd zijn en waarmee de minister toch al aan de slag wilde gaan. Welke van die 21 maatregelen zijn de belangrijkste — samenhangend — om ervoor te zorgen dat verzekeraars echt gaan inkopen op basis van kwaliteit?

☐

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter.

De **voorzitter**:
Ik zie mevrouw Leijten al bij de interruptiemicrofoon staan voordat u begint.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb een vraag aan mevrouw Bouwmeester. We hebben hier vlak voor de zomer gestaan …

De **voorzitter**:
Is dit een procedurele opmerking?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb een vraag aan mevrouw Bouwmeester. Voor de zomer hebben wij hier het wetsvoorstel behandeld dat in de Eerste Kamer is afgeschoten. Tijdens de behandeling van dat wetsvoorstel heeft mevrouw Bouwmeester mij beticht van bangmakerij, omdat ik zei dat de vrije artsenkeuze onbereikbaar werd voor mensen die deze niet konden betalen. Dit waren precies de argumenten van de partijgenoten van mevrouw Bouwmeester in de senaat om tegen dit wetsvoorstel te stemmen. Vindt mevrouw Bouwmeester dat ook mevrouw Ter Horst, de heer Duivesteijn en mevrouw Linthorst aan bangmakerij doen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik geef hier geen commentaar op mijn collega's aan de overkant. Het is goed gebruik om dat niet te doen. Het lijkt mij niet handig om via de voorzitter en via mevrouw Leijten in de openbaarheid commentaar te leveren.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Mevrouw Bouwmeester heeft tijdens dat debat voor de zomer gezegd dat ik de stukken niet zou kennen, dat ik de feiten zou verdraaien en dat ik aan bangmakerij zou doen, omdat ik kritiek had op het feit dat er tweedeling ontstond tussen degenen die de vrije artsenkeuze konden betalen en degenen die dat niet konden. Dat was bangmakerij. Dat was allemaal niet waar. Maar dit waren wel de argumenten van onder anderen die drie senatoren van de partij van mevrouw Bouwmeester als van de meerderheid in de senaat om te zeggen: nee, dit wetsvoorstel hoeft niet door. Doet die meerderheid in de senaat dan aan bangmakerij?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het is verleidelijk om een aantal onjuistheden die ik net hoorde, te weerleggen, maar dat ga ik niet doen. Feit is dat de artsenkeuze die er was, gewoon blijft. Mensen kunnen kiezen uit duizenden huisartsen, duizenden medisch specialisten, duizenden mensen die in de ggz werken, duizenden verpleegkundigen, duizenden wijkverpleegkundigen en nog een hele rij medisch personeel. Mensen die willen kiezen, kunnen dat blijven doen. Het nadeel is alleen dat wij weten dat mensen helemaal niet willen kiezen. Ze willen gewoon de garantie dat zij om de hoek goede zorg krijgen. Daar gaat dit voorstel over. Als de voorzitter het goed vindt, ga ik daar in mijn eigen bijdrage op in.

De **voorzitter**:
Nee, mevrouw Leijten, ik stel voor dat mevrouw Bouwmeester nu begint met haar betoog. U hebt de gelegenheid om te interrumperen, maar nog voordat zij begonnen was, stelde u al vragen. Ik weet dat u het recht hebt om vragen te stellen, maar dit is niet gebruikelijk.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Maar mag ik nog een opmerking maken?

De **voorzitter**:
Ja, een opmerking mag u maken.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dit zijn feitelijke onjuistheden. De mensen die het stenografisch verslag van de wetsbehandeling van vlak voor de zomer hierop nalezen, zullen zien dat mevrouw Bouwmeester mij beticht heeft van bangmakerij, het niet kennen van de wet en het verdraaien van de waarheid.

De **voorzitter**:
U hebt uw punt gemaakt. Ik geef nu het woord aan mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter. Betere kwaliteit van zorg voor chronisch zieken, lagere kosten en een stevigere positie van verzekerden en zorgaanbieders, waarbij de huidige artsenkeuze blijft; solidair en betaalbaar op langere termijn. Om die redenen vindt de Partij van de Arbeid het voorliggende plan op hoofdlijnen goed. Het belangrijkste aan dit voorstel is dat het nu eindelijk gaat om de essentie, namelijk goede zorg; goed als basis. Wij hebben het beste zorgsysteem met behoud van solidariteit en betaalbaarheid op langere termijn. Dit maakt dat het systeem van goed uit kan groeien tot het beste systeem, zeker voor de mensen die er zo afhankelijk van zijn: de chronisch zieken en de mensen met een hoog zorggebruik. De minister stelt maatregelen voor om kwaliteit leidend te laten zijn bij de inkoop. De Partij van de Arbeid heeft altijd gezegd: kwaliteit loont, kwaliteit moet lonen. Dat bouwen wij nu in, zodat de kwaliteit daadwerkelijk bijdraagt aan betere zorg en houdbaarheid van de kosten.

De voorwaarde voor een positief resultaat is dat de partijen elkaar gaan vinden in het belang van kwaliteit. Zij moeten elkaar niet alleen vinden, maar ook vertrouwen. Dit betekent dat een zorgverlener die de gouden standaard biedt, ook een contract moet krijgen van de zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar moet zich daaraan committeren, zodat de patiënt kan vertrouwen op de allerbeste zorg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het CDA en de PvdA vinden natuurlijk allebei dat chronisch zieken en gehandicapten de beste zorg verdienen. De minister heeft twee maatregelen opgenomen: enerzijds het eigen risico en anderzijds dat er in de risicoverevening meer geld moet komen voor chronisch zieken en gehandicapten. Maar we hebben al een rapport van de minister gekregen waarin staat dat dit niet uitvoerbaar is, en dat het niet leidt tot betere zorginkoop en niet tot minder risicoselectie. Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester daartegenaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat zijn terechte vragen. Het scheelt mij weer spreektekst. De vragen van mevrouw Bruins Slot zijn mijn vragen. Het lijkt me belangrijk dat de minister daarop antwoord geeft.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Mevrouw Bouwmeester begon haar inleiding met de opmerking dat het voor chronisch zieken en gehandicapten heel veel gaat betekenen. Het fundament ligt in die ene maatregel, waarover mevrouw Bouwmeester dus ook al vragen heeft. Wat gaat zij doen als blijkt dat het in de praktijk inderdaad niet goed uit te voeren is?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
De technische vragen deel ik. Het is belangrijk dat de minister die beantwoordt. Wat ons betreft ligt het fundament echter ergens anders. Als jij een chronische ziekte hebt, als je bijvoorbeeld diabeet bent, ligt het er niet alleen aan hoe het zit met de risicoverevening bij zorgverzekeraars. Het gaat er dan ook om hoe ervoor wordt gezorgd dat zorgverzekeraars, patiënten en zorgverleners met elkaar bekijken hoe ze de zorg voor jou goed inrichten. Ketenzorg, samenwerking, afstemming, de eerste lijn dicht bij huis: we weten dat dat gegarandeerd betere zorg oplevert voor iemand die het nodig heeft. Daar moet de prikkel heen. Helaas is een prikkel nodig; volgens mij delen wij het ongenoegen daarover. Dat maakt dat de zorg voor mensen verbetert. De kwalitatieve verbetering waarop mensen gegarandeerd moeten kunnen vertrouwen, is wat ons betreft het fundament van dit voorstel.

De **voorzitter**:
Gaat u verder.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik zei net al dat de patiënt erop moet kunnen vertrouwen dat goede zorg wordt ingekocht en geboden. Dat vraagt openheid van de zorgverleners en kwaliteitsafspraken van de zorgverzekeraars. Ook moet een zorgverzekeraar daadwerkelijk invloed geven op het inkoopbeleid. Als een zorgverzekeraar luistert naar patiëntengroepen, naar patiënten en naar zorgverleners, wordt zijn inkoopbeleid daarvan beter. Die mensen hebben immers verstand van kwaliteit en kunnen de zorgverzekeraar versterken. Hoe gaat de

minister ervoor zorgen dat partijen elkaar vinden, elkaar vertrouwen en elkaar verleiden tot het maken van bindende kwaliteitsafspraken?

Dit voorstel zou kunnen leiden tot goede zorg. Voor de zorgverlener die hem biedt, voor de zorgverzekeraar die erop inkoopt maar bovenal voor de patiënt. Voor de patiënt kan dit voorstel op twee manieren lonen. In eerste instantie kan het leiden tot betere kwaliteit. Dat is de kern van dit voorstel. In tweede instantie kan het leiden tot lagere kosten door een lager eigen risico. Dat vindt de Partij van de Arbeid solidair.

De vraag is hoe we dit bereiken. Over de haalbaarheid van een lager eigen risico maakt de Partij van de Arbeid zich zorgen. De minister zet een heel goede stap, maar Zorgverzekeraars Nederland lijkt die stap niet met haar te willen maken. De vraag is of het de koepel is die tegen is omdat individuele zorgverzekeraars positiever blijken te zijn. Ik weet dus niet helemaal wie er nu tegen is. Maar de kernvraag is: hoe zorgt de minister ervoor dat de zorgverzekeraars met zijn allen en met haar die goede stap zetten?

Geen macht zonder tegenmacht. Daarom is het terecht dat de positie van verzekerden wordt versterkt door een klachtenmeldpunt bij de NZa en dat de positie van de zorgverlener wordt versterkt doordat hij bij geschillen met de zorgverzekeraar naar een geschillencommissie kan. Worden deze klachten nadat ze individueel zijn opgelost ook gebruikt als input voor risicogestuurd toezicht, zodat zorgverzekeraars weten dat er een dubbele check is?

Het voorstel wordt straks uitgewerkt. Wij zullen het op vier randvoorwaarden beoordelen. Is er inzicht? Weten mensen dus wat de polis is, wat het kwalitatieve aanbod is en wat het voor hen betekent? Is er overzicht? Kunnen mensen dus duidelijk zien wat het verschil is tussen polissen en het aanbod? Is er toezicht op de kwaliteit, de toegang en de betaalbaarheid? En is er evenwicht? Dat betekent dat er tegenmacht kan worden geboden tegen de zorgverzekeraar, oftewel dat de driehoek op orde is.

Dit voorstel heeft alles in zich om te komen tot de beste zorg, die solidair en houdbaar is op langere termijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik hoor mevrouw Bouwmeester zeggen dat zij het belangrijk vindt dat er ook overzicht en inzicht zijn. Nu kan dat georganiseerd worden door het aantal polissen drastisch terug te brengen. Dat kan snel geregeld worden en we hoeven daar dus niet lang op te wachten. Ik deel met mevrouw Bouwmeester dat dit een voorwaarde is om de verzekerde echt in positie te brengen. Is mevrouw Bouwmeester het met mij eens dat we daaraan prioriteit zouden moeten geven en dat het onderdeel zou moeten zijn van het versterken van de positie van de verzekerde?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat ben ik met u eens.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
U ben het dus met mij eens dat wij nu zouden moeten regelen dat het aantal polissen wordt teruggebracht. Zo ja, zullen wij dat bij dezen gezamenlijk aan de minister voorstellen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat ben ik dan weer niet met u eens. We hebben een brief van de NZa gekregen waarin staat dat de NZa in opdracht van de minister onderzoek doet naar het aantal polissen en naar een manier om mensen straks weer door de bomen het bos te laten zien. Ik vraag om een overzicht, omdat ik het zo belangrijk vind dat we op basis van dat voorstel straks kunnen zien dat mensen begrijpen welke typen polissen er zijn, wat de kwaliteit ervan is en waaruit het gegarandeerde brede aanbod bestaat. Dan weten mensen van tevoren waar ze aan toe zijn en krijgen mensen ook niet langer te maken met verrassingsrekeningen of ander onduidelijk gedoe.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Het opmerkelijke aan het zorgplan van de minister is dat zij op basis van een aantal aannames maatregelen voorstelt die de positie van de verzekeraars versterken. Wat zij niet doet, is op basis van een aantal aannames de positie van de verzekerden versterken door hun een beter overzicht te geven van de polissen. Waarom is mevrouw Bouwmeester het er dan mee eens dat op basis van een aantal aannames de positie van de verzekeraars alleen maar wordt versterkt door hun bevoegdheden uit te breiden? Waarom is zij het er verder mee eens dat de positie van de verzekerde niet daadwerkelijk wordt versterkt op de manier die wel zou kunnen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het interessante aan dit voorstel is nu juist dat de macht van de zorgverzekeraar minder wordt en die van de patiënt en de verzekerde sterker ten opzichte van de huidige situatie. We krijgen namelijk een geschillencommissie voor de aanbieders. Die is er nu niet, want je moet tekenen bij het kruisje wanneer je iets aangeboden wordt. Tegelijkertijd komt er ook een meldpunt bij de NZa. Dat is er nu niet, maar komt er straks wel. Inspraak bij zorgverzekeraars over algemeen beleid, de benoeming van de raad van toezicht en het inkoopbeleid is er nu niet, maar wordt straks wel geregeld.

Maar nogmaals, het is een terecht punt van mevrouw Ellemeet dat er nu een oerwoud aan polissen is. Daardoor kunnen mensen verzekeringen niet echt vergelijken en zien zij eigenlijk door de bomen het bos niet meer. Ik ben dat zeer met haar eens en ik vind dan ook dat de zorgverzekeraars echt een stapje — ik kan beter tien stappen zeggen — harder moeten gaan lopen. De NZa komt straks met aanbevelingen over wat we daarvoor precies moeten doen en daar wacht ik op. Als de uitkomsten daarvan bekend zijn, moeten we weer verder kijken. Misschien komt de minister met een goed voorstel of kunnen wij zelf een beter voorstel bedenken. Dat zou ik dan graag met mevrouw Ellemeet bekijken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
De wezenlijke punten om de macht van de zorgverzekeraars in te perken en de balans te herstellen die nodig is voor een goed werkend stelsel, worden niet aangepakt. Ik hoop dat

mevrouw Bouwmeester inderdaad met mij wil doordenken over eventuele aanvullingen op dit zorgplan om die machtsbalans te herstellen en de macht van de verzekeraars in te perken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
In mijn betoog heb ik een aantal keer gezegd dat de driehoek weer in evenwicht moet worden gebracht. Pas als dat is gebeurd, werkt het. Ik vind het toch wel teleurstellend dat het in de zorg om de patiënten draait, maar dat juist die patiënten het minst weten en daardoor de minste zeggenschap hebben. De balans moet worden hersteld, want de mensen om wie het draait, moeten echt veel meer invloed en zeggenschap krijgen. Hoe realiseer je dat? Dat doe je door patiënten inzicht in de kwaliteit te geven en ze daarover zeggenschap te geven.

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Mevrouw Bouwmeester sloot af met een viertal criteria waaraan de uitwerking getoetst zou moeten worden. Er zat een beetje een dreigementje in: "De steun van de Partij van de Arbeid is nog niet helemaal zeker. Minister, let op!" Maar goed, dat zullen we zien.

Ik kom nog even terug op wat mevrouw Bouwmeester zei over het eigen risico, het lagere eigen risico en de geluiden van de zorgverzekeraars dat dit toch wel lastig is. Hierover is veel te zeggen, maar één ding is duidelijk: het kost geld. Het zal op de een of andere manier moeten worden betaald en ik hoor graag welke gedachten mevrouw Bouwmeester daarover heeft. Hoe zou zij reageren op een plan waarin staat dat het lager kan, zonder dat zij kan zien op welke manier er geld bij komt?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat is een heel terechte vraag. Ik heb die niet aan de minister gesteld, hoewel die wel op mijn lijstje stond. Ik ben dus benieuwd wat de minister antwoordt.

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Het is, denk ik, logischer dat wij nu tegen de minister spreken, want die heeft een plan gepresenteerd waarin dit soort aannames zitten, terwijl het zeer de vraag is of een en ander wel gaat werken, zeker als je er zaken instopt waar je niet eens zelf over gaat. Dan wordt het helemaal lastig om grip te krijgen op hoe de dingen in de toekomst gaan werken. Laten we die vragen dan maar doorgeleiden naar de minister en laten we eens kijken hoe hard de voorstellen zijn die nu bij ons liggen en waar ook wij vraagtekens bij zetten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat is terecht, zoals ik al zei in mijn eerste antwoord aan de heer Slob. Maar ik wil ook het volgende zeggen. De minister geeft hiermee het signaal dat zij wil kijken of er een polis komt, los van de brede basispolis die er voor iedereen is, die beter is voor bepaalde types chronische patiënten, bijvoorbeeld COPD-patiënten, en die heel specifiek gericht is op hun situatie. Zorgverzekeraars worden daardoor geprikkeld en mensen met een hoog zorgverbruik ook. Dat vind ik een heel positief signaal. Dat wil ik wel even gezegd hebben. Het is nieuw. Het is een omslag in het denken. Er wordt het hardst geprikkeld op de mensen die de zorg het hardst nodig hebben. Dit terwijl we jarenlang boos waren om bepaalde typen polis die zich richtten op jonge en rijke mensen. Hip, hot en happening zal ik maar even zeggen. Heel fijn, maar niet met ons premiegeld. De heer Slob ik hebben er vaak tegen geageerd. De omslag die de minister maakt — een van de maatregelen betreft het eigen risico — vindt mijn partij, de PvdA, echt heel goed.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik blijf het wonderlijk vinden dat je je vrije artsenkeuze moet verpatsen als je je eigen risico niet kunt betalen. Dat is een nieuwe vorm van het beperken van de vrije artsenkeuze, maar dan via een andere route. Mijn vraag is echter een andere. Bij de presentatie van dit plan is gezegd dat er een nieuwe polis komt met een lager eigen risico voor mensen die chronisch ziek zijn en hun huidige eigen risico niet kunnen betalen. De partijleider van mevrouw Bouwmeester, de heer Samsom, zei bij Buitenhof dat daardoor dit plan écht beter is. Dat kan echter allang. Was mevrouw Bouwmeester toen vrijdag het plan werd gepresenteerd op de hoogte van het feit dat dit voorstel geen nieuw voorstel is en dat het voorgestelde gewoon allang kan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het gaat er niet om of het nieuw is of niet. Het gaat ook niet om die ene maatregel, zoals ik al zei tegen de heer Slob. Het gaat ons erom dat de kwaliteit van zorg verbetert. Ik denk dat de SP daar heel blij mee zou kunnen zijn. De kwaliteit van zorg voor mensen die chronisch ziek zijn of die een groot zorgverbruik hebben, kan omhoog. Helaas is het zo dat in het huidige stelsel daar geen prikkel voor ligt. Het is dus de vraag of het beter kan. Ja, het kan beter: we gaan investeren in kwaliteit. Wat ons betreft ligt de nadruk in dit plan op kwaliteit. Goede kwaliteit is belangrijk voor een patiënt. Kwaliteit moet lonen. Daar moeten we op sturen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik heb in mijn bijdrage heel duidelijk gezegd dat er ook een grote roep is om solidariteit. Je zou solidariteit moeten hebben met chronisch zieken en ouderen die altijd hun zorgkosten kwijt zijn en altijd dat hoge eigen risico moeten betalen. Omdat zij dat niet kunnen betalen, worden ze nu gedwongen om naar de arts te gaan die de zorgverzekeraar gekozen heeft. Ik vind dat afschaffing van de vrije artsenkeuze via een omweg.

Mijn vraag is echter een andere. Bij de presentatie van dit plan is gezegd dat de nieuwe polis met het lagere eigen risico goed is voor onze chronisch zieken. Het is ook gepresenteerd als iets nieuws. De heer Samsom zei bij Buitenhof: dat maakt dit plan echt goed. Maar de Partij van de Arbeid wist afgelopen vrijdag, toen het plan werd gepresenteerd, toch donders goed dat het voorgestelde allang kan en dus niets nieuws is? Is het dan eigenlijk niet zo dat de PvdA en de minister zich de afgelopen dagen schuldig hebben gemaakt aan een nieuw zorgspotje dat wellicht de toets van de Reclame Code Commissie kan doorstaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Wat solidair is, is dat we gaan investeren in mensen die de zorg het hardst nodig hebben, die afhankelijk zijn van zorg omdat ze die langdurig en veel gebruiken. Zo krijgen die mensen betere zorg, die meer samenhangt en beter afgestemd is. Dát is kwaliteit. Dáár gaat het om. Als de kwaliteit beter is, zijn die mensen aantoonbaar geholpen. Als je er met de koppeling aan het eigen risico ook nog eens voor kunt zorgen dat mensen kiezen voor betere zorg — ze kiezen voor betere zorg of voor een algemene polis, maar ze kíézen voor betere zorg — dan kan daarbij komen dat het eigen risico wordt verlaagd. Dat is win-win! Dat is solidariteit! Dan kiezen mensen dus voor kwaliteit met lagere kosten. Dat is een van de mogelijkheden. Het idee daarachter is … Je kunt ook zeggen: ik heb een voorraadkast vol met eten en ik maak daar altijd pannenkoeken van, maar als je boel wat anders klutst, heb je een boerenomelet. Dat kan ook, want het is prima als je wat anders maakt van de dingen die al kunnen. Er wordt nu op twee manieren geprobeerd om te stimuleren dat er voor chronisch zieken een polis komt die kwalitatief beter is, die die mensen helpt en die de kosten verlaagt. Ik hoop dat mevrouw Leijten het met ons eens is dat dit iets zou kunnen zijn dat je de kans van slagen wilt geven, in plaats van het meteen af te fakkelen.

De **voorzitter**:
Mevrouw Leijten, uw laatste interruptie.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik begrijp werkelijk niet hoe het moeten volgen van de keuze van je zorgverzekeraar omdat je het eigen risico niet kunt betalen, een vorm van solidariteit is. Wij zullen zien of er straks kwaliteit zal komen, maar het zuivere PvdA-geluid zou moeten zijn: de mensen die geen keuze hebben, die chronisch ziek zijn of oud zijn en die sowieso zorgkosten hebben, zouden wij eigenlijk moeten uitzonderen van het eigen risico. Zou dat niet een veel betere weg zijn?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik denk dat je er in eerste instantie voor moet zorgen dat mensen goede zorg krijgen. Dit voorstel heeft alle ingrediënten in zich om de kwaliteit te verbeteren. De minister prikkelt op alle mogelijke manieren de kwaliteit, het inzicht daarin en de toegang, en tegelijkertijd lagere kosten. Laten wij — de Partij van de Arbeid, maar ook de SP — dus tegen de minister zeggen: "Dat is een heel belangrijk, positief signaal! Werk dat voor ons uit. Wij zien graag hoe dat uitpakt." Tot die tijd is er compensatie zorgkosten en compensatie eigen risico. Daar moet je altijd op blijven letten. Daarvoor heb ik met meerdere mensen in deze Kamer gestreden. Er komt ook een onderzoek van de huisartsen. Maar dit signaal vinden wij heel positief.

De **voorzitter**:
Mevrouw Leijten, een korte opmerking.

Mevrouw **Leijten** (SP):
De mensen die mijn bijdrage aan het debat hebben gezien, weten dat ik vind dat het een doodlopende weg is om meer macht aan de zorgverzekeraars te geven en minder solidariteit te organiseren.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik heb het lijstje ook al even genoemd in reactie op mevrouw Ellemeet. De positie van verzekerden en zorgaanbieders ten opzichte van de zorgverzekeraars is nog nooit zo versterkt als nu. Dat is ook nodig, want zoals ik heb gezegd, hebben zorgverzekeraars een groot legitimiteitsprobleem. Zij moeten ook nog een aantal stappen naar voren zetten, maar laten wij ook blij zijn met de stappen die wel degelijk worden gezet om de machtsbalans in evenwicht te brengen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het lijkt bijna op een uitzending van Heel Holland Bakt. Mevrouw Bouwmeester is als een leeuwin de nieuwe maatregelen van de minister aan het verdedigen. Is mevrouw Bouwmeester niet blijer met dit plan dan met het beperken van de vrije artsenkeuze? Daar lijkt het nu op.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik hoor veel vragen over techniek en eigen risico en systemen, maar ik ben van de mensen. Mijn partij is heel erg blij dat nu de omslag wordt gemaakt naar de investering in kwaliteit, omdat kwaliteit voor de mensen zo belangrijk is en omdat kwaliteit altijd loont. Daar sta ik voor, als een leeuwin, graag. Als ik er meer voor moet doen om nog meer kwaliteit te maken, word ik naast een leeuwin ook nog een tijger.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het wordt bijna een dierentuin!

Het is interessant. Mevrouw Bouwmeester zegt dat er twee belangrijke voorwaarden zijn waardoor chronisch zieken straks een polis hebben waarbij zij echt goede zorg krijgen. De eerste voorwaarde is het eigen risico, de tweede is de risicoverevening. Dat hoorde ik haar duidelijk zeggen. Over de risicoverevening heeft mevrouw Bouwmeester net gezegd: ik weet niet of dat helemaal gaat vliegen, dus dat ga ik nog even aan de minister vragen. Over het eigen risico heeft mevrouw Bouwmeester tegen de heer Slob gezegd: ik weet nog niet helemaal zeker of de financiële doorrekening helemaal goed is, dus dat ga ik ook nog even aan de minister vragen. Hoe kan het dat mevrouw Bouwmeester nu zegt dat dit het meest ultieme plan is, terwijl zij, als je doorvraagt naar de onderbouwing, eigenlijk twijfelt of het wel helemaal gaat vliegen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Die aanname is onjuist. Dat heb ik net niet gezegd. Mijn aanname is dat het gaat om kwaliteit, dat kwaliteit loont en dat je alles op alles moet zetten om de kwaliteit te bevorderen. Dat vraagt ook wat van de zorgverleners. Dat vergt dat zij inzicht geven in wat zij doen en wat het effect daarvan is. Dat vraagt erom dat zij samen in de eerste lijn kunnen onderhandelen op kwaliteit. Dat vraagt dat dit dan ook mag. Dat vraagt van zorgverzekeraars dat zorgverleners die open zijn en hun best doen zodra die gouden standaard wordt geboden, beloond worden. Dat is het systeem. Dat gaat over kwaliteit. U hebt allerlei technische vragen. Dat mag ook, maar ik zet in op die kwaliteit, want die loont. Dat is voor ons de weg naar verbetering voor de patiënt.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Mevrouw Bouwmeester zegt steeds dat het zo geweldig is dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit. Wat vindt zij ervan dat Achmea haar verzekerden naar het Diakonessenhuis stuurt, het ziekenhuis dat onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg staat? En waarom staat dat onder toezicht? Omdat patiënten op de operatiekamer onverantwoorde risico's liepen. Wat vindt mevrouw Bouwmeester ervan dat Achmea longkankerpatiënten niet naar het gespecialiseerde Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis stuurt? Is dat inkopen op kwaliteit waar zij het over heeft?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
De zorgen van mevrouw Klever begrijp ik heel goed. Mijn inbreng is juist dat men ervoor moet zorgen dat men aantoonbaar gaat inkopen op kwaliteit. Ik heb niet gezegd dat dit nu al gebeurt, sterker nog, de NZa heeft gezegd: dat gebeurt niet. We hebben het daar met elkaar over gehad. Het moet dus nog gaan gebeuren. De bouwstenen en de stok achter de deur staan in dit voorstel.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Mevrouw Bouwmeester hoopt dat zorgverzekeraars gaan inkopen op kwaliteit. Dat hoopt de gehele Kamer, sterker nog, de Kamer vraagt al sinds tweeënhalf jaar om kwaliteitscriteria. Die zijn er nog niet. De zorgverzekeraars kunnen dus niet eens op kwaliteit inkopen. Ze blijven op prijs inkopen. Ik heb net die twee voorbeelden gegeven van het Diakonessenhuis dat onder toezicht staat en van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis waar mensen niet naartoe mogen gaan. Mensen met een kleine portemonnee zijn hiervan toch de dupe? Zij worden toch naar een ziekenhuis gestuurd dat onder toezicht staat, omdat ze hun eigen risico niet kunnen betalen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dit voorstel biedt juist de bouwstenen voor de terechte zorgen die u hebt. Mensen weten helemaal niet wat kwaliteit is, zij kunnen dat niet zien. Kiezen kunnen zij evenmin. We kunnen mensen wel laten kiezen uit duizend artsen, maar daar worden ze gek van. Het NIVEL-onderzoek heeft uitgewezen wat zij willen. Als mensen iets hebben, willen zij naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis mogen gaan. Verder willen zij zo snel mogelijk worden geholpen en zo snel mogelijk beter zijn. Dat is een heel logische wens. Juist om de zorgen die u hebt en ik ook heb, staan er in deze brief bouwstenen zodat er wordt ingekocht en geprikkeld op kwaliteit. Dat vraagt wat van de zorgverleners en de zorgverzekeraar. Verder vraagt het dat een patiënt of verzekerde beter wordt geholpen, zodat hij kiest op kwaliteit. U hebt gelijk. Wij vragen daar al twee jaar om. Nu ligt het er ook. Ik vind dat een heel goede eerste stap.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik vind het bijzonder dat mevrouw Bouwmeester denkt te weten naar welk ziekenhuis mensen willen en dat zij altijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis willen. Als je kanker hebt, wil je gewoon naar het beste ziekenhuis, niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Zorgverzekeraars hebben al aangetoond dat ze niet het beste ziekenhuis inkopen, maar het goedkoopste. Kan mevrouw Bouwmeester aangeven in welke zin dit voorstel ertoe leidt dat zij niet op prijs maar op kwaliteit gaan inkopen? Ik zie dat niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Excuus, ik denk dat ik mij niet goed heb uitgedrukt. In december zijn de resultaten van een NIVEL-onderzoek verschenen. Mensen is gevraagd waar ze heen willen als ze ziek zijn. Ook is hun gevraagd of ze willen kiezen of niet. Mensen gaven primair aan dat ze het liefst naar het ziekenhuis gaan dat hun huisarts uitkiest en waarnaar hun huisarts verwijst of gewoon naar een ziekenhuis in de buurt. Uiteraard gaan ze naar een academisch ziekenhuis voor hoogcomplexe zorg. Gelukkig kan dat ook.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Mevrouw Bouwmeester kan geen enkel punt aanwijzen op grond waarvan de zorgverzekeraars daadwerkelijk niet op prijs gaan inkopen, maar op kwaliteit. Zorgverzekeraars kopen in op prijs. Mensen met een kleine portemonnee zijn de dupe. Zij worden naar de goedkoopste zorgaanbieder gestuurd, omdat zij hun eigen risico niet kunnen betalen. Dat lijkt mij niet zo sociaal van de Partij van de Arbeid.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het spijt me, die vraag had ik inderdaad niet beantwoord. Het was ook een reeks vragen ineen. Mevrouw Klever vraagt mij: welke maatregelen in de brief van de minister zouden moeten leiden tot kwaliteit? Dat zit hem in het inschrijven van die 300 kwaliteitsindicatoren en het versneld vaststellen van 30 richtlijnen met beroepsbeoefenaren en patiënten. Het zit hem ook in het stellen van extra kwaliteitseisen vooraf, zodat we niet meer krijgen wat we laatst hadden: die thuiszorg in Almere die gewoon kon beginnen zonder vooraf te zijn getoetst. Het zit hem in het transparant maken van de kwaliteit, het inbrengen van patiëntenreviews. Het zit hem in het versterken van het toezicht achteraf; dat is het kwaliteitstoezicht van de IGZ. Er worden maatregelen genomen bij de NZa en de ACM om te voorkomen dat organisaties te groot worden; die fusiedrift wordt aangepakt omdat die vaak niet leidt tot meer kwaliteit maar tot groot, groter, grootst. Voor de rest verwijs ik mevrouw Klever naar de overige 20 maatregelen die in de brief staan.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik deel het belang dat mevrouw Bouwmeester hecht aan kwaliteit. Ik denk dat voor ons allen geldt: hoe meer kwaliteit in de zorg, hoe beter. Daar staan we allemaal achter. Wat mij betreft, maken we daar een apart hoofdlijnenakkoord voor en geven we daar nog meer prioriteit aan. Prima. We voeren hier echter een debat over het zorgplan van de minister dat in de plaats komt van het beruchte artikel 13 dat geschrapt moest worden. Dat was een belangrijk onderdeel van het plan dat tot doel heeft om 1 miljard te besparen, het hoofdlijnenakkoord. Dat plan moest bijdragen aan dat doel. Dit plan moet ook bijdragen aan dat doel van de uiteindelijke besparing. Dan gaat het helaas met name om die technische elementen, dus om het voorstel van de minister van de korting op het eigen risico en het verbeteren van het risicovereveningssysteem. De mooie woorden over de kwaliteit zijn in die zin niet de kern. We moeten het juist hebben over de maatregelen die de minister voorstelt die het doel hebben om te komen tot die besparing. Moet

mevrouw Bouwmeester niet erkennen dat dat een belangrijk deel van het plan is? Die focus op kwaliteit is heel mooi, maar als die twee grote maatregelen niet gerealiseerd kunnen worden, dan staan we met lege handen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Het doel is goede zorg. Het middel is een betere zorgpolis. Ik heb het voorbeeld van COPD genoemd, maar ik kan ook diabetes als voorbeeld nemen. Als mensen met diabetes een betere polis krijgen, dan krijgen zij betere zorg. Dat bespaart uiteindelijk ook heel veel. Gelukkig hoeven mensen niet te dolen door dat hele zorgsysteem. Dat is heel positief. De middelen die de minister aan twee kanten wil inzetten om tot die goede polis te komen, zijn een prikkel voor de zorgverzekeraar en een prikkel voor de verzekerde, zodat zij samen kunnen kiezen voor die goede polis. Dat is een investering in kwaliteit waarvoor de twee technische middelen nodig zijn die mevrouw Ellemeet net terecht noemt.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Daar gaat het inderdaad om. Met die middelen proberen wij het doel te bereiken. Dat doel is kwaliteit. Dat deel ik met mevrouw Bouwmeester. Die middelen zijn cruciaal. Zonder die middelen staan wij hier met lege handen. Daarom vraag ik mevrouw Bouwmeester: moeten we niet juist de prioriteit leggen bij die middelen en toetsen of die middelen echt leiden tot het gewenste resultaat en het gewenste doel?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat ben ik zeer met mevrouw Ellemeet eens. Heel eerlijk gezegd baalt de Partij van de Arbeid er ook van dat zorgverzekeraars niet uit zichzelf zeggen: wij gaan goede polissen maken, samen met patiëntenverenigingen en patiënten. Als zij met hen een polis zouden maken, dan zou die ook aansluiten. Wij vinden het jammer dat dat niet zomaar gebeurt. Blijkbaar is daar meer voor nodig. De minister erkent dat en zet zich daarvoor in. Zij steekt haar nek daarvoor uit. Dat vinden wij alleen maar een heel goed signaal. Alle technische vragen die mensen daarover stellen, begrijpen wij ook heel goed. Die zullen wij ook zeker in die technische briefing stellen. Het punt dat ik hier vooral wil neerleggen, is dat er hier een heel belangrijk probleem wordt geadresseerd: de zorg voor chronisch zieke mensen kan beter. Dat gaat blijkbaar niet vanzelf. Daar moeten we dus iets voor doen; een prikkel aan twee kanten. Wij zijn benieuwd hoe dat uitwerkt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik heb nog een procedureel punt. Mevrouw Bouwmeester is toch de laatste spreker?

De **voorzitter**:
Dat klopt. Zij is klaar.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik mag dus gaan?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik wil anders nog best een vraag stellen, als mevrouw Bouwmeester dat wil. Dat is geen enkel probleem.

De **voorzitter**:
U hebt nog een laatste interruptie, maar u hoeft daar geen gebruik van te maken. Het is aan u.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik vind het interessant dat mevrouw Bouwmeester het nu de hele tijd heeft over de nieuwe polis, de polis die alle problemen gaat oplossen. Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester dan aan tegen het feit dat chronisch zieken en gehandicapten steeds meer moeite hebben om een goede aanvullende verzekering af te sluiten? Welke oplossing zit in dit plan om dat voor elkaar te krijgen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Een goede basispolis voorkomt dat mensen allerlei andere alternatieven gaan zoeken.

De **voorzitter**:
Mevrouw Bruins Slot, tot slot dan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dus mevrouw Bouwmeester beweert nu eigenlijk dat geen enkele zorgverzekeraar op dit moment een polis aanbiedt waarmee chronisch zieken en gehandicapten geholpen zijn?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Nee, zo zwart-wit is het niet, maar ik zie wel in dat de zorg voor chronisch zieken en voor mensen die veel en langdurige zorg gebruiken, kan worden verbeterd. Als je dat als zorgverzekeraar kunt doen door een bepaalde polis voor een bepaalde doelgroep te maken op advies van die patiënten en patiëntengroepen zelf — dan pas krijg je echt een goede polis, zo is onze stellige overtuiging — dan kan de kwaliteit omhoog. De vraag is hoe je dat bereikt. Er ligt nu een voorstel, maar wij staan heel erg open voor iedereen die er een beter voorstel voor heeft. Wij vinden het doel heel belangrijk. De kwaliteit moet omhoog, het inzicht in kwaliteit moet verbeteren en alle onduidelijkheid rondom polissen moet weg.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter, ik heb nog een procedureel punt.

De **voorzitter**:
Wij ronden eerst dit af. Dank u wel, mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De minister wordt altijd uitstekend ondersteund door ambtenaren. Het is dan ook wel prettig dat als ik naar een brief verwijs, ik nog even duidelijk zeg welke brief dat is. Dat scheelt zoekwerk. Het is de brief van 25 november 2014 op stuk nr. 560 (29689).

De **voorzitter**:
Dank u wel. Ik hoop dat de ambtenaren dat snel hebben onthouden. Er wordt geknikt.

Wij zijn hiermee aan het eind gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors de vergadering tot 22.00 uur.

De vergadering wordt van 21.51 uur tot 22.03 uur geschorst.

Minister **Schippers**:
Voorzitter. Wij bespreken vandaag de plannen ter vervanging van het wetsvoorstel, in de volksmond de Zorgwet genoemd, dat in december door de Eerste Kamer werd verworpen. Natuurlijk heb ik dat erg jammer gevonden, omdat ik de overtuiging had, en nog steeds heb, dat het een erg goede wet was die de kwaliteit van de zorg zou verbeteren, evenals de betaalbaarheid. We zijn jaren geleden al met de wet begonnen, hij is samen met het CDA en PVV opgesteld, en in de loop der jaren is de wet steeds verder aangevuld met amendementen over kwaliteit en transparantie. De wet is veel breder geworden dan hij oorspronkelijk bedoeld was.

Toen de wet verworpen was, ben ik vanuit de inhoud gaan nadenken. Wat zou dezelfde doelstelling van betaalbaarheid en kwaliteit dichterbij brengen? Hoe zouden we dat het beste kunnen realiseren? Die tweede vraag kwam pas daarna. Het ging eerst over de inhoud. Het was een praktische vraag, ook omdat de urgentie hoog is. De urgentie om de kwaliteit te verbeteren, moet hoog zijn. De urgentie om de betaalbaarheid te bewaren, moet hoog zijn. Dus hebben wij gekeken hoe je dat met enig tempo kunt doen. We hebben dus eerst naar de inhoud gekeken en daarna naar de wijze waarop je dat kunt doen. Toen bleek dat een heleboel dingen eigenlijk al in wetgeving vastliggen en dus ook al door de Eerste Kamer zijn goedgekeurd. Een aantal dingen hadden wij in de wet geregeld, omdat we nu eenmaal een wet aan het maken waren en wettelijke regelingen daar mooi in meegenomen konden worden. Deze zaken konden we echter ook op andere manieren regelen. Dat zijn geen illegitieme manieren, want de mogelijkheid van AMvB's is geschapen om dit soort dingen te regelen. Ik heb er geen enkele behoefte aan om de suggestie te wekken dat de motivatie zou zijn dat ik de Kamer zou willen omzeilen. Ondanks het feit dat nagenoeg alle AMvB's geen voorhang behoeven, stuur ik ze met alle plezier richting de Kamer, zodat wij erover kunnen debatteren en we vervolgens tot een conclusie kunnen komen. Dat zal ik bij deze AMvB's dan ook doen.

De maatregelen die we nu in het pakket hebben gegoten, zijn wel complexer geworden. Het is niet zo dat wij de wet die niet doorging, nu sluiks op een andere manier invoeren. Nee, we regelen nu echt andere dingen. Daarom hebben we ook andere methodes gezocht, die soms veel complexer zijn. Ik verwijs naar de aanpassing van het risicovereveningssysteem. Dat is een heel complexe exercitie. Wat met dit pakket aan maatregelen ook niet wordt geregeld en wat wel in de wet was opgenomen, is helderheid over het hinderpaalcriterium. In welke situatie is welk percentage acceptabel? Het feit dat verzekeraars en zorgaanbieders met enige regelmaat voor de rechter staan, gaan wij met deze maatregelen niet oplossen. Dat had wel opgelost kunnen worden als we de AMvB die in december in de Kamer besproken werd, hadden ingevoerd in plaats van de wet, en we hadden besloten om het hinderpaalcriterium vast te leggen. Dat had gekund, maar daar heb ik niet voor gekozen. Ik heb voor dit pakket aan maatregelen gekozen. Dat betekent dat we geen einde maken aan de juridische strijd die over dit onderwerp wordt uitgevochten.

De brief is een heel samenhangend pakket aan maatregelen om door verbetering van de kwaliteit, de doelmatigheid te vergroten. Het is een fiks pakket, maar een groot deel van het pakket komt eigenlijk uit de wet. De wet werd weggestemd omdat men artikel 13 niet wilde aanpassen, maar er zaten natuurlijk ook een heleboel zaken over transparantie en andere onderwerpen in de wet, die heel breed gesteund werden door de Kamers. Die zou je toch willen laten doorgaan.

Wij willen nog steeds kijken hoe we de inkoop van zorg kunnen verbeteren. Laten we eerlijk zijn. De ruggengraat van ons systeem wordt gevormd door concurrerende verzekeraars die concurreren op inkoop, namelijk op prijs en kwaliteit. Dat doen ze vrij succesvol. Ondanks het feit dat we kritisch zijn op het systeem en ik ook met een pakket aan maatregelen kom, is het zo dat de uitkomsten van ons systeem internationaal gezien heel goed scoren. Wij scoren heel goed op kwaliteit en we scoren ook goed op doelmatigheid in de curatieve zorg.

Ook als wij het nationaal bekijken, moeten wij constateren dat wij de afgelopen jaren behoorlijk onder de ramingen zijn uitgekomen. Dat is toch vrij uniek voor de volksgezondheid. De maatregelen die wij hebben genomen, zijn anders dan de maatregelen van heel veel jaren daarvoor. Toen zochten wij het altijd in pakketuitdunning, vergroting van het eigen risico of dat soort zaken. Nu hebben wij vrij succesvol geopereerd door in hoofdlijnenakkoorden met het veld af te spreken om die gelden niet via de patiënt maar via het systeem op te halen. Die weg zou ik willen doorzetten. Wij hebben in Nederland een betere kwaliteit, maar ook een heel hoge solidariteit in het systeem. Ook daar ben ik trots op en ook dat zou ik willen behouden.

Het pakket heeft vier grote delen. Ik begin bij de positie van de patiënt, die versterkt moet worden. Daar zitten een heleboel dingen van de oude wet in, namelijk de transparantie van de polis, zodat je weet waarvoor je kiest, en de transparantie van de inkoop door de zorgverzekeraar. Ik zeg tegen de heren Van der Staaij en Slob dat dit hoofdlijnenbrieven zijn, maar in mijn aanwijzing aan de NZa neem ik ook de afspraken mee die via een amendement in het vorige wetsvoorstel zijn gemaakt over levensbeschouwing, innovatie en klein en groot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het is ontzettend belangrijk dat wij kunnen meepraten over de transparantie-eisen en identiteitsgebonden zorg. Maar dat gaat nu net weer via regels naar de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat wordt dus niet in de Tweede en Eerste Kamer neergelegd om verder door te praten over de vraag of dat de juiste richting op is. Is de minister bereid om die maatregelen ook eerst bij de Staten-Generaal neer te leggen?

Minister **Schippers**:
Als een beleidsmaatregel naar de NZa gaat, dan kan die natuurlijk ook naar de Tweede Kamer. Dat vind ik geen enkel probleem. Maar ik kan nu al voorspellen dat die erg zullen lijken op wat wij in de wet hadden willen regelen. Daarom zeg ik ook dat een aantal aspecten die niet expliciet in de brief genoemd zijn omdat het een brief is op hoofdlijnen, weer terug zullen komen in de opdracht aan de NZa, die ik ook naar de Kamer kan sturen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Zonet hoorde ik de minister ook zeggen: ik ga niet voor de constitutionele sluiproute; ik wil graag het debat aangaan over wat ik ga regelen bij Algemene Maatregel van Bestuur. Heb ik het dan goed begrepen dat de minister de AMvB's zowel naar de Tweede als de Eerste Kamer gaat sturen?

Minister **Schippers**:
Ja, dat heb ik inderdaad aangegeven, want ik zei: Kamers. Het gaat mij er niet om dat ik een en ander niet met de Kamers wil bespreken. Mij gaat het om het tempo. De mogelijkheid om een AMvB te maken is al door de Kamers gegaan. De Tweede en Eerste Kamer hebben al geconcludeerd dat dat kan. Ik ga gebruikmaken van de AMvB-mogelijkheden die in die wetten zitten, maar ondanks dat het niet nodig is, zal ik die naar beide Kamers sturen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Op de lijst van maatregelen waarop ook is aangegeven hoe een en ander in de tijd gaat, hebben wij gezien dat het om 21 maatregelen gaat. Drie daarvan gaan via een Algemene Maatregel van Bestuur en drie via wetgeving. Dus dat zijn er 6 van de 21. De minister zegt dat het niet de bedoeling is om de Staten-Generaal buitenspel te zetten. Maar hoe gaat zij in de vijftien andere gevallen het debat met de Staten-Generaal — dan bedoel ik dus de Tweede én de Eerste Kamer — aan om te bekijken of er voldoende draagvlak is, of er een meerderheid is voor dat soort beleidsregels?

Minister **Schippers**:
Aangezien dit een pakket is dat ik gepresenteerd heb, dat wij nader gaan uitwerken en dat wij vervolgens gaan invoeren, zullen wij dit pakket ook met een voortgangsrapportage naar de Kamer sturen. Zo kan zij zien waar we in het proces zitten, wat we al hebben voorgesteld, wat de Kamer nog kan verwachten et cetera. Zo blijft zij goed op de hoogte van dit pakket aan maatregelen, ook als het geen wetgeving of AMvB's betreft.

Mevrouw **Leijten** (SP):
De minister spreekt over een voortgangsmonitor. Ik weet hoe dat gaat. Dat zijn vaak overleggen waar heel veel stukken en rapporten op de agenda staan. In dergelijke overleggen gaat het niet om de principiële vraag welke kant men opgaat en gaat het er ook niet om of men ja of nee zegt tegen een wetsvoorstel. Dit is natuurlijk ook niet iets wat de minister regulier met de Eerste Kamer bespreekt. De minister gaat het wetgevingsproces in drie gevallen aan. De AMvB's wil zij in beide Kamers voorhangen. Zij zegt dat zij het debat met de Staten-Generaal, zowel de Eerste als de Tweede Kamer, niet wil ontlopen. Wat gaat zij in de vijftien andere gevallen doen om het debat over die maatregelen in zowel de Tweede als de Eerste Kamer te voeren?

Minister **Schippers**:
Ik kijk even naar die maatregelen. Ik noem punt 6, over het Zorginstituut dat de transparantiekalender uitwerkt. De Kamer ontvangt zeer binnenkort het desbetreffende plan. Dat zal hier uitgebreid besproken worden, want dat plan stuur ik de Kamer in de uitgebreide vorm toe. In punt 6 wordt gezegd dat het plan wordt opgesteld in samenwerking met het veld, maar dat wordt een brief aan de Kamer — die heb ik allang toegezegd — en die gaan wij uitgebreid bespreken. Ik noem verder het klantvriendelijke loket van de NZa. Natuurlijk gaan wij de veranderingen bij de NZa uitgebreid in de Kamer bespreken naar aanleiding van de bevindingen van de commissie-Borstlap. Daar komt dat loket uitgebreid ter sprake. Er is dus helemaal geen sprake van versluiering. Al deze punten zullen uitgebreid besproken worden op de plek waar dat onderdeel op dat moment aan de orde is.

Mevrouw **Leijten** (SP):
In mijn bijdrage in eerste termijn heb ik gevraagd of het de bedoeling is dat er in de Tweede Kamer een stempelmachine komt. Hier hebben wij immers een meerderheid van PvdA en VVD, dus daarmee hoeft het plan niet de steun te hebben van de hele Staten-Generaal. Daarover ging mijn vraag. Mijn vraag was niet hoe wij de plannen hier bespreken, maar hoe de minister ervoor zorgt dat ook de senaat op een voldoende wijze betrokken wordt bij de plannen en ook instemmingsrecht krijgt.

Minister **Schippers**:
Dat doe ik door de AMvB's, ondanks dat het niet nodig is, toch naar de Eerste Kamer te sturen, zodat die de AMvB's kan bespreken. Dat doe ik door de transparantiekalender te bespreken met de Eerste Kamer. Dat soort brieven gaat ook naar de Eerste Kamer. Ik heb ook een krimpregiobrief geschreven. Voor een gesprek daarover met de Eerste Kamer ben ik al uitgenodigd. Daar spreek ik dus al over voordat ik überhaupt door de Tweede Kamer ben uitgenodigd om daarover te spreken. Met de Eerste Kamer heb ik ook gesprekken over brieven. Die hoeven echt niet alleen over wetgeving te gaan.

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Ik vind het positief dat de minister meteen zegt dat eventuele AMvB's in zowel de Tweede als de Eerste Kamer zullen worden voorgehangen. Ik ga er dan ook van uit dat het oordeel van de beide Kamers serieus wordt genomen.

De minister heeft gezegd, ook in de media, dat alle AMvB's hun rechtsgrond vinden in bestaande wetgeving. Als ik het echter goed gezien heb, zit er in elk geval één wet tussen — de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg — die nog bij de Eerste Kamer ligt. Die Kamer heeft net een behoorlijk kritische inbreng geleverd over dat wetsvoorstel. Overigens heeft de PvdA tijdens de behandeling van dat wetsvoorstel geen inbreng geleverd, dus wij weten niet precies wat die ervan vindt; waarschijnlijk wil de PvdA de spanning er een

beetje in houden. Maar ik heb het toch goed dat die ene wet nog bij de Eerste Kamer ligt?

Minister **Schippers**:
Ja.

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Ik vraag de minister om terughoudendheid te zijn met het onderbrengen van allerlei onderwerpen in AMvB's. Dat mag alleen in heel bijzondere situaties gebeuren. Op één punt vraag ik nadrukkelijk om wetgeving: de positie van verzekerden ten opzichte van verzekeraars. Wij zouden dat graag in wetgeving willen onderbrengen. Het duurt dan wel iets langer, maar op die manier hebben wij de zaken op een goede manier geborgd, zoals het hoort.

Minister **Schippers**:
Ik heb inderdaad voorgesteld om dat in een AMvB te regelen omdat in een motie van de ChristenUnie werd opgeroepen om dat in een AMvB te regelen. Naar aanleiding van die motie heb ik gemeend te moeten voorstellen om het via een AMvB te regelen. Ik heb er geen bezwaar tegen om dat in een wet te regelen, maar dan duurt het wel langer. Dat heb je met wetgeving. Nogmaals, ik kan er ook een wet van maken. Ik heb het op deze wijze gedaan omdat dit strookt met de motie die is aangenomen in de Eerste Kamer.

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Wij weten wat de positie van de Eerste Kamer is als het gaat om wetgeving. De Eerste Kamer kan niet amenderen. Aanvullend op wat er in de Tweede Kamer al was uitgesproken, is er in de Eerste Kamer nog een motie ingediend, die naar ik meen zelfs unanieme steun heeft gekregen. Ook een wet kan natuurlijk snel in behandeling komen, ook in de beide Kamers, zeker als wij die wet met elkaar belangrijk vinden. Onze indringende wens in de richting van de minister is om het wettelijk te regelen, want in dat geval hebben wij het op een goede manier gedaan.

Minister **Schippers**:
Ik heb het oordeel over die motie ook aan de Kamer gelaten en haar positief bejegend. Zij is inderdaad met algemene stemmen aangenomen, dus was er weinig debat over wat daar geregeld moest worden. Als de Kamer eraan hecht om dat via een wet te regelen, duurt dat natuurlijk langer, omdat het dan via de Raad van State en het hele traject door moet. Ik heb er echter geen bezwaar tegen.

Een ander aspect is dat we zaken regelen die in de Tweede Kamer zijn ingediend per amendement — transparantie en inkoop, innovatie, klein, levensbeschouwelijk — en dat we de invloed van de verzekeraars regelen. Ook is er ten aanzien van de transparantie echt een inhaalslag in zicht. Nieuw is dat in het verlengde daarvan de afspraak is gemaakt dat wij een sterke inhaalslag maken met betrekking tot het aantal kwaliteitsindicatoren, het aantal richtlijnen en het aantal patiëntenversies van die richtlijnen. Ook is afgesproken dat verzekeraars daadwerkelijk gaan inkopen op basis van de ingeschreven richtlijn bij het Kwaliteitsinstituut, dus dat men niet apart afspraken maakt over eigen normen. Zodra iets bij het Kwaliteitsinstituut is ingeschreven, zijn dat ook de normen die breed gedeeld worden, waardoor we een gezamenlijk begrip hebben van kwaliteit. Dat lijkt mij ook een forse stap vooruit.

Het tweede belangrijke onderdeel van dit plan betreft de kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsverbetering houdt vooral in dat wat geleverd wordt, inzichtelijk en transparant wordt gemaakt. Met name in de ggz kunnen we op dat vlak grote stappen zetten. Ik moet er meteen bij zeggen dat er ggz-instellingen zijn die heel ver zijn met in het definiëren van kwaliteit en daar heel transparant in zijn. Mij gaat het erom dat iedereen die slag maakt. Er zijn instellingen, die nu al bijvoorbeeld, zoals dat in jargon heet, ROM'en; dat moeten we in de hele sector gaan doen. We moeten zien wat daar gebeurt en zien waarvoor betaald wordt. Dat is een belangrijke stap. Een tweede belangrijke stap is dat je in de eerstelijns-ggz daadwerkelijk veel meer samenhang gaat krijgen, doordat de eerstelijns-ggz veel meer in ketens gaat werken. Ook dat zie je al gebeuren en ook daarmee zijn de ervaringen heel goed. We hebben natuurlijk al een POH-GGZ bij de huisarts. Er is veel aanbod aan eerstelijns-ggz, waarin niet wordt samengewerkt, maar je ziet dat er naast ketens op diabetes en COPD ook ketens gevormd kunnen worden in de geestelijke gezondheidszorg, die daadwerkelijk een kwaliteitsslag inhouden, omdat je veel meer informatie over je patiënt op goede wijze uitwisselt en veel meer samenwerkt. Met name in de ggz zijn de goede instellingen, die eigenlijk lijden onder het feit dat er toch wel wat misgaat in die sector, er zeer bij gebaat dat wat zij allang doen, algemeen ingang in die sector vindt.

Het derde punt is het evenwicht. Uit evaluatie van de Zorgverzekeringswet blijkt dat de positie van ziekenhuizen ten opzichte van zorgverzekeraars eigenlijk behoorlijk sterk, zo niet te sterk is. We moeten oppassen dat door fusies niet zulke grote aanbieders ontstaan dat het aantal keuzemogelijkheden te veel afneemt en de positie van zo'n aanbieder dusdanig groot wordt dat een verzekeraar daar eigenlijk nooit meer omheen kan, waardoor je lagere kwaliteit voor te veel geld krijgt. Tegelijk zien we dat de individuele zorgaanbieder, die moet onderhandelen met de verzekeraar, daar totaal niet aan toekomt, omdat hij een standaardcontract krijgt, dat hij kan tekenen of niet. Op beide terreinen nemen we maatregelen, enerzijds door scherper toezicht en anderzijds door nieuwe gespreksmodellen.

Tot slot gaat het over de inkoop. Dat is waar ons stelsel op gebaseerd is. De zorgverzekeraar moet zijn rol spelen en goed inkopen op prijs en kwaliteit. Daarvoor hebben wij het eigen risico niet als nieuwe mogelijkheid gepresenteerd, omdat we weten dat het eigen risico al verlaagd kan worden. Het gebeurt ook. Er zijn een aantal preventieprogramma's en medische programma's, waarbij je wordt uitgezonderd van het eigen risico's als je daaraan deelneemt. Wij willen de risicoverevening zodanig aanpassen dat de zorgverzekeraar zich maximaal inspant om veel meer van die kwaliteit te maken. Hij spant zich goed in wat betreft de prijs. Wij zien dat ook aan de ramingen en aan hoe het macrofinancieel gaat. Wij willen echter dat de zorgverzekeraars veel meer de onbetwistbare kwaliteitsindicatoren en richtlijnen die bij het Kwaliteitsinstituut worden vastgesteld, en waarnaar de zorgverzekeraars zich ook richten, daadwerkelijk gaan toepassen en dat zij daarbij het eigen risico als stimulans zullen gebruiken.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het verkrijgen van een verlaging van je eigen risico bij het kiezen voor de arts die de zorgverzekeraar heeft geselecteerd, is een beperking van de vrije artsenkeuze. Is het niet feitelijk zo dat de minister in deze brief erkent dat er een probleem is met de hoogte van het eigen risico en dat dat leidt tot enerzijds betalingsproblemen en anderzijds zorgmijding? Ik zou het wel goed vinden als de minister dat inzicht nu wel zou hebben.

Minister **Schippers**:
Bij gecontracteerde zorg zijn er altijd consequenties als je naar niet-gecontracteerd aanbod gaat. Dat is ook nu zo. Als ik nu een naturapolis heb en ik buiten die naturapolis ga — daar zijn al die rechtszaken over — dan geldt er een hinderpaalcriterium. Dan kan het zijn dat je 20%, 30% of 35% van de kosten zelf moet betalen. Het is een illusie dat we nu een volledig vrije artsenkeuze hebben en dat mijn voorstellen daaraan afbreuk doen. Dat is echt een beeldvorming die niet strookt met de realiteit. Neem ketens waarin diabetes- en COPD-zorg wordt verleend. In die keten werken artsen samen. Als je kiest voor die keten, dan kies je dus ook voor de artsen die in die keten samenwerken. Als je buiten die keten gaat, dan val je dus buiten hetgeen daarin wordt aangeboden en dan heb je dus ook niet een volstrekt vrije artsenkeuze. Als je door je huisarts wordt doorgestuurd naar een ziekenhuis, dan kom je vaak bij een groep van artsen en word je toegedeeld aan degene die daar ruimte heeft. Het beeld dat er nu een volstrekt vrije artsenkeuze zou zijn en dat je door dit plan of het vorige plan totaal geen vrije artsenkeuze zou hebben, is veel te zwart-wit. Zo zit de werkelijkheid niet in elkaar.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat was niet mijn vraag. Wellicht kan de minister daar wel even op ingaan. Dan kan ik daarna mijn tweede vraag stellen. Mijn vraag was: erkent de minister dat er een probleem is met het eigen risico, namelijk dat mensen dat niet kunnen betalen omdat ze betalingsregelingen nodig hebben en dat het leidt tot zorgmijding?

Minister **Schippers**:
Die discussie hebben we hier al vaker gevoerd. Het komt altijd op hetzelfde neer: mevrouw Leijten stelt dat het nu al een groot probleem is en ik geef aan dat we daarnaar onderzoek doen en dat ik na het naar buiten komen daarvan een oordeel zal hebben. In ieder geval geldt het volgende. Als het systeem gaat werken dat verzekeraars hun eigen risico naar beneden kunnen doen, dan hoeven degenen die daarvoor kiezen, dat mindere niet uit te geven. Dat is evident. Dat mensen die in een positie zitten waarin ze het toch al lastig vinden om hun premie te betalen, daarvoor zouden kunnen kiezen, is evident. Dat heb je nu ook al. Je hebt verschillen in polissen. Mensen kunnen voor dure polissen of voor goedkope polissen kiezen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Hier zegt de minister iets belangrijks: mensen kunnen kiezen voor goedkope polissen of dure polissen, mensen kunnen kiezen voor een hoger of voor een lager eigen risico. Maar hoe groot is die keuze als je het niet kunt betalen? Is het niet eigenlijk de nieuwe bom onder dit zorgplan dat de dikte van je portemonnee nog altijd bepaalt hoeveel vrije keuze je hebt? Die vrije keuze is al beperkt, maar hij wordt nog verder beperkt naarmate je minder in staat bent je eigen risico te betalen. Is daarmee dit plan niet een ondermijning van de solidariteit?

Minister **Schippers**:
Ik denk dat dit plan een versterking van de solidariteit is. Overigens, in internationale onderzoeken naar solidariteit komt Nederland er echt heel goed uit, zo zeg ik tegen mevrouw Leijten. We kwamen er zo goed uit dat ik er zelf nog van schrok. Verder hebben we ook nog de zorgtoeslag in het systeem. Mensen die zorg nodig hebben, krijgen die toeslag. Als je in de tijd een vergelijking maakt tussen wat mensen met een minimuminkomen nu moeten betalen en wat zij tien jaar geleden moesten betalen, dan zie je dat ook die vergelijking zeer goed uitpakt en dat ons systeem in de loop der jaren eigenlijk alleen maar solidairder is geworden. Dat is voor een belangrijk deel te danken aan de zorgtoeslag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Als ik de minister zo beluister, dan hoor ik haar zeggen dat we met de verlaging van het eigen risico door de zorgverzekeraars een gouden ei te pakken hebben. Wel valt op dat de reactie van de zorgverzekeraars naar de minister toe als volgt is: hoho, zo snel gaan we dat niet voor elkaar krijgen, want wij betwijfelen of dit ei uiteindelijk wel uitgebroed wordt. Hoe beoordeelt de minister dat?

Minister **Schippers**:
Ik denk dat verschillende verzekeraars hier verschillend over gaan oordelen. Zorgverzekeraars met restitutiepolissen worden minder enthousiast als ik de risicoverevening aanpas zoals ik heb aangekondigd, dan zorgverzekeraars die heel erg op inkoop zitten en denken dat ze daar goed in zijn en beter in kunnen worden. Ik verwacht dus niet dat alle verzekeraars hier hetzelfde over denken. Bovendien is dit complex. De eerste aanpassing van artikel 13 was echt eenvoudiger. Daar ben ik dan ook mee begonnen. Dit is een complexere route. Maar goed, als de ene route niet mogelijk is, vind ik dat we ons niet moeten laten tegenwerken door complexiteit. We hebben voldoende onderzoeken van voldoende onderzoeksinstituten die zeggen dat we op dat terrein best wat kunnen doen en dit het perspectief en kansen biedt. Daarom volg ik deze route.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Het opvallende is dat de onderzoeken die de Kamer heeft gekregen, juist zeggen dat het aanpassen van de risicoverevening ertoe leidt dat er geen betere zorginkoop plaatsvindt en dat het waarschijnlijk effecten op de risicoselectie heeft. Teug naar het feit dat zorgverzekeraars zeggen dat dit niet gaat vliegen. Waarom zeggen ze dat? Ik dacht bij mezelf dat het misschien goed is om eens door te rekenen met hoeveel de rekenpremie moet worden verhoogd als je het eigen risico met €100 vermindert. Dat heeft de minister vast en zeker ook uitgerekend. Stel dat een zorgverzekeraar voor één iemand het eigen risico met €100 wil verminderen, hoeveel extra premie moet hij dan heffen?

Minister **Schippers**:
Het spijt me, maar de interrupties zijn zo lang dat er drie vragen in zitten. Ik zal ze allemaal even langslopen. Mevrouw Bruins Slot trekt een conclusie uit de brief van 25 november; dank voor de datum, want dat geeft ons de snelheid om het te vinden. Die brief zegt echter niet dat wat wij nu doen niet helpt bij de inkoop of bij betere inkoop. Die zegt eigenlijk het volgende. Als je een willekeurig bedrag — of dat nu €100 of €1.000 is — koppelt aan een chronisch zieke, dan gaat dat niet helpen bij de inkoop als je dat niet onderscheidend doet. Ik ben niet van plan om dat te doen. Ik ben echt van plan om naar andere onderzoeken te kijken. Er zijn bijvoorbeeld onderzoeken waaruit blijkt dat je moet kijken naar historisch gebruik in plaats van naar risicoverevening door medicijngebruik. Is er fysiotherapie gebruikt conform de lijst-Borst? Is dat het geval, dan heb je een voorspellende waarde voor hoeveel zorg iemand gaat gebruiken. Je kunt bijvoorbeeld ook bekijken hoe het zit als iemand een jaar eerder verpleging en verzorging heeft gebruikt. Dat zegt ontzettend veel over hoeveel zorg je nodig hebt. Als je er een willekeurig bedrag aan koppelt, maakt dat inderdaad weinig uit. Dat is echter niet de manier waarop wij de risicoverevening willen gaan versterken. Dat is het eerste.

Mevrouw Bruins Slot zei ten tweede dat zorgverzekeraars zeggen dat het niet gaat vliegen. Nou, dat het ik niet gehoord. Dat is wel een heel digitale vertaling van "het is complex en we zullen er verder naar moeten kijken". Ik heb ook met individuele zorgverzekeraars gesproken. Daar zie je natuurlijk een gemixt beeld langs de lijnen die ik net schetste. Er zijn zorgverzekeraars die zeggen dat zij de inkoop eigenlijk heel goed kunnen doen. Zij zijn veel positiever dan de restitutieverzekeraars, en dat begrijp ik zelf ook wel.

Ten derde. Als je het eigen risico met €100 laat zakken, met hoeveel moet de premie dan stijgen? Het is niet de bedoeling om de nominale premie te laten stijgen als je het eigen risico laat zakken. Dan heb je namelijk communicerende vaten. Het komt overigens wel bij verschillende groepen terecht. Want als je de nominale premie naar beneden brengt, komt dat ten goede aan jong en gezond. En als je het eigen risico verlaagt, komt dat ten goede aan degenen die denken dat vol te maken, namelijk de chronisch zieken en de mensen zorg gebruiken. Hier zit dus een groot verschil. Dit plan zet in op efficiencyverbetering. Het geld moet niet komen uit de verlaging van het eigen risico en uit de verhoging van de nominale premie, want er is gelukkig nog steeds prijsconcurrentie. Nee, het moet komen uit efficiency van de zorginkoop, dus door op bepaalde onderdelen van de zorg echt een slag te maken, waardoor je zegt: die patiënt kan ik daadwerkelijk iets bieden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Als je het gewoon macro neemt, betekent een daling van het eigen risico met €100 dat je de nominale rekenpremie met €45 moet verhogen. Dat is eigenlijk ook mijn vraag naar de financiële onderbouwing van dit plan. Als je de juiste financiële effecten wilt hebben, moet je eerst een gat overbruggen, omdat je bepaalde inkomsten niet meer krijgt. Heeft de minister goed doorgerekend of dit plan uiteindelijk dat financiële effect gaat opleveren? Hier hangt immers nog steeds de zweem van 1 miljard over.

Minister **Schippers**:
Als je kijkt naar de preventieprogramma's waarin men dat wel toepast, is de opbrengst van het daaraan meedoen blijkbaar voldoende om dat uit te zonderen van het eigen risico. Blijkbaar zit daar inderdaad een financiële winst, want als je beweegt, gezond eet en meedoet aan die programma's, hoef je minder pillen te slikken. Dan heb je inderdaad een casus waarin je beter af bent.

Nu ga ik in op de financiële onderbouwing. Het Centraal Planbureau rekent ieder jaar de premie uit. Dat kan men in de premieramingen van het Centraal Planbureau zien. Sommige onderdelen van dit voorstel liggen eind van dit jaar nog aan de Kamer voor, maar de onderdelen waarvoor het ingaat, leveren genoeg op voor de premie. Dat zal het Centraal Planbureau ramen. Bovendien staat de versnelling van het stringente pakketbeheer erin. Waar wij onvoldoende succes boeken, zullen wij dus andere maatregelen moeten nemen. Ik vind deze route veruit te verkiezen, want als ik deze route niet volg, zitten we met eigenrisicoverhoging of pakketverkleining en dat heb ik liever niet. Ik verkies deze route en daarom wil ik alles op alles zetten om deze route hier te halen, maar ik heb het stringente pakketbeheer wel opgenomen in het plan.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Is dit zorgplan eigenlijk niet een heel grote afgang voor de minister? Eerst had de minister een wet waarin artikel 13 aangepast zou worden. Dat voorstel is verworpen in de Eerste Kamer. Vervolgens kondigde de minister met veel bombarie een Algemene Maatregel van Bestuur aan, waarin zij dit allemaal zou regelen. Uiteindelijk ligt er een zorgplan waarvan de zorgverzekeraars zeggen: dat gaan wij niet doen, dat kunnen wij niet uitvoeren. De minister ontkrachtte dat net. In de woorden van de minister is het: dat kunnen wij al, dus dat voegt niets toe. Wat heeft de minister dan eigenlijk nog met dit zorgplan?

Minister **Schippers**:
Mevrouw Klever stelt drie dingen. Is het ten eerste niet een afgang dat die wet het niet gehaald heeft? Die wet heb ik in eerste instantie samen met de PVV gemaakt. Ten tweede heeft zij het over het intrekken van het voorstel voor een AMvB. Dat voorstel heb ik nooit gedaan. Dat is nooit door ons gedaan, maar door de fractievoorzitters in de Tweede Kamer. Ten derde vraagt mevrouw Klever of het niet erg is dat verzekeraars zeggen dat ze het niet gaan doen. Ik heb nergens gehoord dat verzekeraars zeggen: dat gaan wij niet doen. Deze stellingen kunnen dus niet helemaal onderbouwd worden.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik heb de minister de afgelopen dagen werkelijk elke avond op televisie gezien. Bij elk praatprogramma sprak de minister stoere taal over wat zij allemaal wel niet zou gaan doen. Maar de bezuiniging die ze moet gaan halen, is gewoon boterzacht. Ik zie het niet. De zorgverzekeraars gaan het niet uitvoeren. Wat de minister wel kan doen, namelijk de fraude aanpakken om de zorgkosten naar beneden te brengen en de kwaliteit hoog te houden, doet ze echter niet. Ik vind dat echt teleurstellend. Daarom vind ik dit zorgplan een grote afgang voor de minister. Ze staat immers met lege handen, ze heeft helemaal niks.

Minister **Schippers**:
Ik vind al die grote conclusies van de PVV wel heel voorbarig, zeker als je ziet wat deze route tot nu toe eigenlijk heeft opgeleverd. Tot nu toe heeft deze route miljarden opgeleverd ten opzichte van wat wij hadden geraamd om uit te geven. Tot nu toe heeft de samenwerking tussen de sector en de overheid ervoor gezorgd dat wij voor het eerst sinds jaren onder de raming zitten. Met andere woorden, tot nu toe heeft deze route dus in ieder geval veel financieel voordeel gegeven. Als we kijken naar het aantal gevallen van vermijdbare sterfte en de levenskansverhoging door concentratie, zien we dat ook de kwaliteit toeneemt. Deze route heeft zich dus eigenlijk al bewezen. Wij moeten ervoor zorgen dat we het tempo en de urgentie in deze route houden. Daar is dit plan voor gemaakt. Ik ga het in de hoofdlijnenakkoorden met alle partijen uitwerken opdat we dit resultaat uiteindelijk samen kunnen neerzetten. Ik denk dat de patiënt daarmee het allerbeste af is, en ook de premiebetaler.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik hoor de minister zeggen dat zij het belangrijk vindt om via de kwaliteit en positieve prikkels besparingen te realiseren. Daarmee hoopt zij te voorkomen dat zij negatieve maatregelen moet nemen. Ik hoop ook dat dit de weg is en dat je op die manier de kosten kunt beheersen. Kan de minister wat specifieker zeggen wat dit pakket aan maatregelen moet bijdragen aan de beoogde besparing? Dat wordt namelijk nog niet genoemd. De minister geeft aan dat de maatregelen een belangrijke bijdrage moeten leveren, dat zij daar haar hoop op gevestigd heeft en dat zij het goed onderbouwd heeft uitgewerkt. Ik zou dus graag duidelijker horen wat de bijdrage is aan de beoogde besparingen.

Minister **Schippers**:
De besparingen zijn uitgerekend door financiële instanties die altijd voor ons uitrekenen wat het opbrengt als je iets doet. Ik plaats daar overigens wel vraagtekens bij, want we krijgen altijd heel mooie bedragen met pakketuitkleding of dingen die uit het pakket gaan maar door negatieve substitutie wordt het vaak niet opgeleverd. Bij de hoofdlijnenakkoorden zeiden heel veel mensen hierover: we moeten het eerst nog maar zien en het is boterzacht. Dat hoor ik al jaren, maar ondertussen werkt het als een tierelier. Met deze maatregelen wil ik de urgentie en het tempo in de hoofdlijnenakkoorden houden. Wat is in die akkoorden hard waardoor je er geld achter krijgt? Dat is met name het volume. Dat zat aan het begin van deze eeuw nog op 10%. Voor dit jaar zit het op 1% voor de medisch-specialistische zorg en op 1,5% voor de huisartsenzorg. Op het volume kun je dus met name kosten besparen. Ik heb afgesproken dat ik die volumebesparing niet wil halen door wachtlijsten, want daarvan worden mensen alleen maar zieker omdat zij later geholpen worden. Ik wil dat er geen wachtlijsten ontstaan en dat we de volumes toch binnen de perken houden. Daarvoor was er een pakket aan maatregelen. Artikel 13 was daarvan een onderdeel. Dat is niet gelukt. Via deze weg willen we de hoofdlijnenakkoorden en wat daarin is afgesproken verder brengen, om te bekijken of we het zo toch kunnen opbrengen. Daarvoor hebben we de partijen nodig. Die hebben in beginsel over het algemeen positief gereageerd. We zullen het samen met hen verder uitwerken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
De hoofdlijnenakkoorden bestaan uit een aantal afspraken en maatregelen. Die moeten leiden tot de beperkte volumegroei. Op wat voor manier draagt het zorgplan dat de minister nu op hoofdlijnen presenteert bij aan de beoogde besparingen? Hoe bepalend is dit onderdeel dus in het totaal van de hoofdlijnenakkoorden?

Minister **Schippers**:
Het is heel belangrijk omdat het op vier punten ingrijpt. Het grijpt in op de praktijkvariatie, de kwaliteit. In de hoofdlijnenakkoorden hebben we afgesproken dat we daarin een slag moeten maken die niet alleen kwaliteit oplevert maar ook geld bespaart. We maken een enorme slag op de transparantie. We stoppen er extra geld in om die versnelling te brengen. Transparantie is ontzettend belangrijk. In de hoofdlijnenakkoorden is ook afgesproken om de resultaten met de ogen van ons allemaal te bereiken. Ook is er de evenwicht in de sector en ten slotte is er de inkoop. De selectieve inkoop, het op prijs en kwaliteit inkopen, is toch de ruggengraat. Met artikel 13 was dat minder geworden, maar het pakket was aangegroeid. Ik zei het al: die wet was veel groter geworden. Alle onderdelen van de wet grijpen aan op de hoofdlijnenakkoorden.

De **voorzitter**:
Dit is uw tweede interruptie, mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
De minister hecht heel veel waarde aan de inkoop. In dit pakket aan maatregelen zit dat op de risicoverevening en op het verlagen van het eigen risico. Kan de minister onderbouwen op welke wijze deze maatregelen bijdragen aan de totale besparingen? En over welke getallen, welke budgetten hebben we het dan?

Minister **Schippers**:
Toen we begonnen aan de hoofdlijnenakkoorden, hadden we te maken met bijzonder hoge groei. Iedereen was aan het puzzelen om die groei eruit te krijgen. Je kunt dat bijvoorbeeld doen door een deel van het pakket uit eigen zak te laten betalen en niet meer collectief te verzekeren. Je brengt dan je uitgaven omlaag door er daar een stuk af te hakken. Wij hebben ervoor gekozen om de groei om te buigen naar een lagere groei en daarvoor is dit plan cruciaal.

Het is om twee andere reden ook cruciaal. Je moet namelijk niet alleen met de risicoverevening en het eigen risico variëren, aangezien het ook cruciaal is dat je geen te grote kolossen krijgt in de tweedelijnssector. De zorgverzekeraars hebben veel te weinig invloed op die kolossen om hen beter te laten presteren voor een scherpere prijs. Aan de andere kant zien we dat in de eerste lijn de machtsverdeling precies andersom ligt. De huisarts en de fysiotherapeut hebben daar eigenlijk veel te weinig power ten opzichte van de grote zorgverzekeraars. Als we dat evenwicht aan beide kanten herstellen, komt dat in mijn ogen uiteindelijk ten goede aan de kwaliteit en de doelmatigheid.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik hoor mooie woorden en gedachtes. Ik ga ook mee in de wens van de minister dat kwaliteit leidt tot kostenbesparing. Ik mis echter een scherpe onderbouwing van de plannen. Uiteindelijk is die echter wel bepalend om te kunnen beoordelen of het een effectieve set maatregelen is. Ik hoor dat echt nog niet.

Minister **Schippers**:
Ik ben het met mevrouw Ellemeet eens dat je pas kunt zien hoe effectief de plannen zijn als ze uitgewerkt zijn. Als je heel weinig doet in de risicoverevening, heb je minder effect dan je zou willen. We hebben dit jaar 1,5 miljard verschoven. We verschuiven nu 15 miljard via de risicoverevening en daar is nu 1,5 miljard bij gekomen. Daarmee trekken we al een behoorlijk been bij en dat wordt echt alleen nog maar meer. De uitwerking van dit plan is dus inderdaad heel erg belangrijk. We zullen dat met de sector zelf moeten doen.

Ik ben het met mevrouw Ellemeet eens dat het lastig is en dat het veel helderder zou zijn als ik voor 1 miljard uit het pakket zou schrappen. Ik krijg dan een mooi stempel van het CPB en iedereen is dan weer helemaal blij. Ik vraag me echter af of het wel zo veel oplevert, omdat je het het jaar daarop of het jaar daar weer op met een boemerang via negatieve substitutie weer terugkrijgt. Ik kies niet voor de makkelijke weg! Ik wil het systeem verbeteren, opdat we betere uitkomsten krijgen. Die uitkomsten moeten ook terug te zien zijn in de kwaliteit en de doelmatigheid.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De minister geeft aan dat de hoofdlijnenakkoorden de motor zijn om het stelsel draaiende te houden. Maar wat is de relatie met het hoofdlijnenakkoord met de ggz? Ik vraag dat, omdat de minister heeft gezegd dat zij dat als opgezegd beschouwt.

Minister **Schippers**:
De hoofdlijnakkoorden ondersteunen het systeem. Wat we in de hoofdlijnenakkoorden doen, is dus ondersteunend aan het systeem met inkoop door een zorgverzekeraar. Natuurlijk is het een kink in de kabel dat het hoofdlijnenakkoord met de ggz is opgezegd. Ik vind dat zelf ook heel erg jammer, maar het betekent niet dat we niet alsnog de verbeteringen in de ggz die we zo hard nodig vinden, moeten zien te bereiken.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Hoe ziet de minister dat voor zich en wat is de stand van zaken?

Minister **Schippers**:
Ik heb me nu eerst geconcentreerd op het repareren van de schade aan het hoofdlijnenakkoord die is veroorzaakt doordat de wet niet is doorgegaan. De doelstellingen van betere kwaliteit en betaalbaarheid zag ik daardoor namelijk in het geding komen. Daarop heb ik me tot nu toe voornamelijk geconcentreerd. Hierna zullen we bekijken hoe we deze agenda het beste kunnen uitwerken.

Mevrouw **Leijten** (SP):
De minister heeft het bestuurlijke akkoord met de geestelijke gezondheidszorg opgezegd, omdat de partijen bij dat akkoord zich kritisch toonden over het afschaffen van artikel 13. Nadat de minister dat akkoord zelf had opgezegd, is er een brief gekomen van GGZ Nederland, waarin staat: we hebben de inhoudelijke bemoeienis van de minister met de uitvoering van het bestuurlijke akkoord gemist en doordat er eigenlijk geen regie was van de minister, was er een zodanige disbalans dat de zorgverzekeraar te veel macht krijgt. Nou heeft de minister veel maatregelen aangekondigd voor de ggz-sector. Dat kan blijkbaar doordat het bestuurlijk akkoord is opgeheven. Maar in hoeverre herstelt zij eigenlijk het gebrek aan regie van haar kant?

Minister **Schippers**:
Ik heb helemaal geen zin om via een Kamerdebat een beoordeling te geven van ieders bijdrage aan een bestuurlijk overleg. Dat ga ik dan ook niet doen. Het is van groot belang dat wij goed kijken naar de ggz en bekijken wat daar nodig is. Daar hoef je niet heel lang voor te kijken, want je ziet dat daar goede dingen gebeuren. Wat daar aan de orde is, is dat de achterblijvers de voorlopers moeten volgen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat lijkt me zó'n open deur. Overal in de zorg geldt toch dat achterblijvers een tandje bij moeten zetten, of hoe je het ook wilt zeggen? Misschien mogen ze geen zorg meer verlenen. Maar waarom zegt de minister nou specifiek het bestuurlijk akkoord met de ggz op? Waarom richten 3 van de 21 maatregelen die zij neemt zich specifiek op deze sector, terwijl de sector zelf aangeeft de minister op inhoudelijk vlak zo te hebben gemist? Doordat zij niet de regie nam, konden zorgverzekeraars hun macht volledig uitoefenen. Gaat zij daarnaar luisteren, of zegt zij "neuh"?

Minister **Schippers**:
Als u het plan goed hebt gelezen, mevrouw Leijten, ziet u dat er aan de ene kant maatregelen worden genomen ten aanzien van kwaliteitsverbetering in onder andere de geestelijke gezondheidszorg maar ook andere sectoren, en dat er aan de andere kant maatregelen worden genomen die gericht zijn op verzekeraars, opdat patiënten en verzekerden meer invloed kunnen hebben op het inkoopbeleid van verzekeraars, op het beleid dat überhaupt door verzekeraars wordt gevoerd en op het toezicht dat binnen verzekeraars wordt gevoerd. Er zijn maatregelen waardoor verzekeraars transparant moeten worden over de manier waarop zij inkopen en over de inhoud van de polis. Het pakket grijpt dus in op alle partners, niet op eentje maar op allemaal, om een beter resultaat te krijgen.

De heer **Slob** (ChristenUnie):
De minister heeft in het verleden altijd in de Kamer het grote belang aangegeven van zorgakkoorden, ook akkoorden met de ggz, juist om met elkaar stevig de kosten te beheersen en te zorgen dat de kwaliteit omhooggaat. Daarom verbaas ik mij erover dat het nu allemaal zo gemakkelijk gaat — zo lijkt het tenminste van deze zijde — wat de minister aan het doen is met het akkoord met de ggz. Ik wil daar toch iets meer over horen dan wat zij zojuist tegen collega Dijkstra zei. Wat is de minister van plan te

doen om zo snel mogelijk weer goede afspraken te kunnen maken, zodat we de schouders tegen elkaar aan kunnen zetten en ons met elkaar sterk kunnen maken voor goede zorg in Nederland, van hoge kwaliteit en als het kan met lagere kosten?

Minister **Schippers**:
Ik vind het ook jammer dat het zo gelopen is. Ik hecht zeer aan het bereiken van resultaten met partners in het veld. Sinds ik minister ben, doe ik eigenlijk niet anders dan juist via de praktijk te proberen om echte resultaten te bereiken in plaats van resultaten die er papier mooi uitzien maar waarmee we uiteindelijk niets voor elkaar krijgen. Dat geldt ook voor de ggz. In het hoofdlijnenakkoord waren er wel wat dingen die heel sterk stokten, bijvoorbeeld de kwaliteitsagenda maar ook, heel belangrijk, de transparantieagenda. We moeten met elkaar goed bekijken hoe we, als we het gesprek weer aanvangen, afspraken kunnen maken waarbij iedereen levert wat hij dan ook op tafel legt. Het is immers het hart van deze akkoorden dat je met elkaar afspraken maakt op een reeks van terreinen en dat die afspraken dan ook daadwerkelijk worden nagekomen. Ik denk dus dat ook de samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg op de een of andere wijze moet doorgaan. Wij moeten met elkaar bekijken op welke wijze dat het beste kan. In de oude manier stokten een aantal dingen al erg. Vervolgens werd een belangrijke maatregel van twee van de drie partners door de derde partner opgezegd. Dan moet kijken in welke vorm je weer verdergaat.

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Vorige week is er in bijna een dag tijd een ei uitgebroed. Hoelang gaat het nu duren om een nieuw akkoord te sluiten met de ggz? Ik denk dat het ongelofelijk belangrijk is dat een dergelijk akkoord er zo snel mogelijk ligt. Dan kunnen we de rijen weer sluiten en eensgezind met elkaar proberen om een hoge kwaliteit te bereiken en de kosten te beheersen.

Minister **Schippers**:
Sorry, maar het is echt een illusie om te denken dat dit ei in één nacht is uitgebroed. Er is vanaf de eerste dag van het kerstreces behoorlijk hard en doorlopend gewerkt om het in elkaar te zetten. Ik heb haast met het realiseren van mijn plannen. Als ik partners kan vinden die samen met mij willen werken aan een goede toekomst voor de patiënten in de ggz, is het evident dat wij partners zoeken en daarmee aan de slag gaan. Wij gaan nu bekijken hoe wij daarmee verder moeten gaan. De plannen liggen er net. Ze kwamen al iets eerder dan ik eigenlijk had voorzien, moet ik eerlijk zeggen. De volgende stap is dat wij bekijken hoe wij dit met elkaar gaan realiseren.

De **voorzitter**:
Ik stel voor dat u verdergaat met uw betoog, want wij zijn nu bijna een uur alleen met interrupties bezig. Voordat u verdergaat heeft mevrouw Bruins Slot nog wel een vraag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De laatste opmerking van de minister was: ik ga binnen de geestelijke gezondheidszorg op zoek naar partijen die mijn ideeën delen. Zegt zij hier feitelijk niet dat zij wil dat de geestelijke gezondheidszorg bij het kruisje van deze brief tekent?

Minister **Schippers**:
De geestelijke gezondheidszorg bestaat uit een heleboel partijen met een heleboel belangen en vooral ook een heleboel meningen, weet ik. Dat gaat dus sowieso niet gebeuren. Het gaat mij om de doelstellingen. Ik wil een hogere kwaliteit, meer doelmatigheid en meer transparantie. Die doelstellingen moeten wij met elkaar realiseren. Daarvoor hebben wij nu een programma neergelegd dat allerlei aanknopingspunten biedt. Er zit nog heel veel ruimte in de uitwerking. Het is van belang om te bekijken of je daarin al dan niet gemeenschappelijke grond kunt vinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De minister verraste de geestelijke gezondheidszorg destijds in een debat door te zeggen dat zij ervan uitging dat het bestuurlijke akkoord over de ggz opgezegd was. Het eerste wat ik zag verschijnen, waren verschillende brieven aan de minister met de oproep: laten wij samen om tafel gaan zitten, want wij moeten hieruit komen en hebben een gedeelde opdracht. Dat viel mij toen al op, maar ik heb het idee dat de minister nu toch weer teruggaat naar eenrichtingsverkeer. Ik vind het heel belangrijk om van de minister te horen of zij echt op zoek is naar draagvlak voor deze maatregelen, ook bij de geestelijke gezondheidszorg.

Minister **Schippers**:
Als je met elkaar een samenhangend pakket maakt, moet je dat ook met elkaar uitwerken. In zo'n samenhangend pakket zitten altijd ideeën van verschillende partijen. Als er minder positieve ervaringen zijn, moet je die meenemen in de verdere uitwerking. Ik ben gewoon nog niet zover dat ik kan zeggen op welke manier en met wie wij dat precies gaan uitwerken. Daarvoor is het nog te vroeg. Deze plannen zijn nog warm. Ze zijn al een week eerder uitgekomen dan ik had gedacht. Het is gewoon wat voorbarig om nu te verwachten dat ik een outline kan geven van het verdere verloop.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik kom even terug op dat opgezegde akkoord met de ggz. Mij viel op dat de ggz-sector zich ten opzichte van de Eerste Kamer niet anders heeft gedragen dan ten opzichte van de Tweede Kamer. Men heeft gezegd: doe dit niet! Waarom is dit voor de minister nu wel een reden om het akkoord hiermee als opgezegd te beschouwen, terwijl dat in de fase van de behandeling in de Tweede Kamer niet het geval was?

Minister **Schippers**:
Zolang ik met de partijen om tafel zat, is mij niet gezegd dat men afstand nam van een onderdeel van het pakket. Je maakt het pakket met elkaar. Als je met elkaar een deal sluit en zegt "zo gaan we het doen", dan verwacht je dat iedereen zich voor dat hele pakket inzet. De ene partij hecht altijd meer aan het ene onderdeel van het akkoord terwijl de andere partij meer aan het andere onderdeel hecht, maar wij spreken elkaar erop aan dat wij het hele akkoord tot een

goed einde gaan brengen. Dat is niet goed gegaan. Ik vind dat je daarmee verder zakelijk moet omgaan en dat je daar niet te veel in moet blijven hangen. Vervolgens moet je wel weer gaan kijken hoe je toch kunt bereiken wat je met elkaar wilt bereiken, en in welke vorm je dat kunt doen. Als er maar een beetje tempo in zit! Ik ben nog niet zover dat ik nu precies kan zeggen hoe wij hiermee verdergaan, maar dat er verder gewerkt wordt met de partijen die het betreft, lijkt mij evident. Anders krijg je geen beleid geïmplementeerd.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Ik begrijp wat de minister zegt. Ook kan ik me voorstellen dat de ggz tegen de minister zegt: zo zijn we niet getrouwd, want we hebben afspraken, dus waarom die lobby om een onderdeel niet te laten doorgaan? Dat speelde eigenlijk al veel eerder, niet eens slechts recentelijk. Ik begrijp de verbazing over het feit dat het akkoord ineens als opgezegd wordt beschouwd. De handelswijze vanuit de ggz was al een tijdje op deze manier aan de orde.

Minister **Schippers**:
Dat is mij dan ontgaan. Aan de bestuurlijkoverlegtafel is dit namelijk nooit gewisseld, terwijl de afspraken daar toch zijn gemaakt. Als een onderdeel van die afspraken niet kan worden uitgevoerd, verwacht ik dat dit aan die tafel wordt gezegd. Het kan zijn dat de heer Van der Staaij ondertussen andere berichten heeft ontvangen, maar daarop heb ik natuurlijk minder zicht. Ik kreeg dat bericht via een brief aan de Eerste Kamer. Dat vind ik jammer, maar mij lijkt dat we dat achter ons moeten laten. We moeten verder. We kunnen wel de hele tijd naar het verleden kijken, maar uiteindelijk moeten we in het belang van de patiënt en de premiebetaler, voor wie we het allemaal doen, stappen vooruit zetten.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Op de laatste zin borduur ik graag nog even voort. Het gaat uiteindelijk inderdaad om de patiënt. Mij valt op dat de berichtgeving en de brieven van de ggz allemaal over de positie van de psychiater en de zorgverlener gaan. Dat zijn ook belangrijke mensen. Tegelijkertijd zien we allerlei krantenberichten over zeer verwarde mensen met wie van alles aan de hand is. Ik zie graag dat het in de kwaliteitsagenda van de minister en de ggz weer om de patiënt gaat, om de vraag hoe mensen eerder en beter kunnen worden geholpen en om de manier waarop de patiënt weer centraal gesteld kan worden. Die agenda moet niet om de positie van de arts in dit stelsel gaan. Hoe kijkt de minister hier tegenaan?

Minister **Schippers**:
Ik ben het ermee eens. Dat vind ik het allerbelangrijkst. Ik heb al toegezegd dat ik samen met de minister van Veiligheid en Justitie, die ik vandaag nog gesproken heb, terugkom op verwarde personen. Er zullen verschillende oorzaken aan ten grondslag liggen, maar uiteindelijk gaat het om de patiënt. Daar zijn wij allemaal voor bezig.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Dat is een belangrijke toezegging, net zoals het belangrijk is dat ingezien wordt dat de hulp beter moet. Het is goed dat de minister daarop samen met de minister van Veiligheid en Justitie terugkomt. Zien we dit terug in de kwaliteitsagenda die de minister met de ggz gaat opstellen?

Minister **Schippers**:
Zeker.

De **voorzitter**:
Gaat u verder met uw betoog.

Minister **Schippers**:
Een aantal dingen heb ik eigenlijk al in de inleiding besproken. Een aantal wetten is wel nodig. Die liggen op andere terreinen dan de wet die is afgekeurd. Zo moet ik voor de MBI de Wmg aanpassen. Degenen die hebben gezegd dat het een tamelijk ingewikkelde weg is, waardoor we er een tijdje mee bezig zullen zijn, hebben gelijk. We zijn daar inderdaad een tijdje mee bezig, maar dankzij het feit dat we er ook al een tijdje mee bezig zijn, zie ik mogelijkheden tot het aanpassen van die wet. Aan het eind van het jaar kom ik ermee naar de Kamer. Gevraagd is in hoeverre die aanpassing mogelijk en houdbaar is. Bij de vormgeving van de aanpassing wordt die vraag beantwoord. Een en ander zal via de Raad van State lopen, die daarover nog eens een oordeel zal vellen. In ieder geval hebben we daarover al verschillende adviezen gekregen.

Zeg ik toe dat ik de Raad van State om advies vraag? Een aantal zaken gaat altijd naar de Raad van State, die daarover een oordeel geeft. Een aantal zaken in deze plannen, zoals de risicoverevening en de aanpassing, gaat niet naar de Raad van State, of omdat ze over heel andere dingen gaan, of omdat ze richting NZa gaan. Is dat het geval, dan spreken we elkaar daar zeker over.

De veldpartijen zijn niet betrokken bij de ontwikkeling van dit zorgplan. Ik heb wel begrip en steun ervaren voor de gekozen lijn. Ook heb ik vaak de reactie gekregen dat dit grote kansen biedt en dat men uitziet naar de gezamenlijke uitwerking ervan. Ik zie daar ook naar uit.

Kan ik het advies van de landsadvocaat over het MBI toesturen? Wij hebben verschillende malen over andere adviezen van de landsadvocaat gesproken. Ik heb destijds aangegeven dat het niet gebruikelijk is om adviezen van de landsadvocaat toe te sturen. De hele wetsuitwerking komt nog wel naar de Kamer. Daarin zal uiteraard uitgebreid worden ingegaan op wat wij doen en hoe wij dat doen. De Raad van State zal daarover ook adviseren.

Er is gevraagd waarom verticale integratie geen onderdeel uitmaakt van het actieplan. Zou dat niet moeten? De wet is jarenlang opgebouwd. Er is begonnen met verticale integratie en daaraan is later artikel 13 toegevoegd. Het een versterkte het ander. Vanwege het verbod op verticale integratie was het belangrijker om artikel 13 aan te passen zodat toch een kwaliteitsslag kon worden gemaakt. Als je artikel 13 niet aanpast, kun je je afvragen of je via de weg van verticale integratie, die in de praktijk met name op de eerste lijn heeft plaatsgevonden in ons zorgaanbod, een kwaliteits-

slag kunt maken. Ik denk dat dat meer in evenwicht is. Allebei doen, vind ik geen optie. Ik vind het echter wel van belang om een van tweeën te doen. Ik heb ook gezegd dat ik vooralsnog geen aanleiding zie om die verticale integratie als wetsvoorstel aan te bieden.

Er is gevraagd of de maatregelen materieel niet hetzelfde zijn als in het wetsvoorstel en zo ja, waarom ik die niet eerder heb voorgesteld. Mijn antwoord daarop is nee. Het wetsvoorstel ging om aanpassing van artikel 13. Dan was heel veel geregeld wat nu in allerlei verschillende punten, met alle complexiteit die daarbij zit, geregeld moet worden. Dit is een veel complexere weg, maar ook een heel andere weg. Er worden echt andere instrumenten ingezet en daardoor moeten zaken via andere wegen geregeld worden.

Wordt bij het aanscherpen van de kwaliteitseisen rekening gehouden met grote en kleine identiteitsgebonden instellingen en aanbieders? Hoe worden grootschaligheid en verschraling van de zorgsector voorkomen? Wordt rekening gehouden met het amendement dat ter zake is ingediend? Ik heb al aangegeven dat ik dat amendement zal regelen door het te laten uitschrijven in de beleidsregels van de NZa.

Wat betekenen de plannen met het MBI voor identiteitsgebonden instellingen en kleine instellingen? Het voorstel zal niet zijn om niet-gecontracteerde aanbieders voor de gehele overschrijding aan te slaan. Dat is al eerder onderzocht. Het deel dat niet gecontracteerd is zou anders een veel te grote aanslag krijgen waardoor je zo'n instelling wegvaagt. Het voorstel dat ik zal doen, zal veel genuanceerder zijn en ertoe leiden dat men ontzien wordt als men gecontracteerd wordt. Het is dus veel milder dan ooit in een uitvoeringstoets is weergegeven. Vandaar dat dit echt een ander voorstel zal zijn.

Waar komt de veronderstelling vandaan dat meer inkoopmacht leidt tot kwaliteitsverbetering? De eerste zorgverzekeraar die zegt "lever mij slechtere kwaliteit voor een hogere prijs" moet ik nog tegenkomen. Een zorgverzekeraar is natuurlijk gemotiveerd om te zeggen: ik wil een scherpere prijs en voor die prijs moet je meer doen, bijvoorbeeld meer service leveren of ervoor zorgen dat het aantal hersteloperaties daalt. Zonder contract zijn er helemaal geen afspraken over volume of prijs. De contractering heeft met name een vlucht genomen nadat de macronacalculatie werd afgeschaft en verzekeraars daadwerkelijk veel meer geprikkeld werden om scherp in te kopen.

Er is gezegd dat een keuze voor een wet logisch zou zijn geweest. Ben ik wellicht bang voor een te kritische Eerste of Tweede Kamer? Nee. Ik denk dat ik op een andere manier kan omgaan met de vervanging van de afschaffing van artikel 13 en die wordt nu eenmaal niet via wetsvoorstellen geregeld. Risicoverevening wordt nu eenmaal niet geregeld via een wetsvoorstel. Ik zal dat echt via de geëigende weg moeten doen. U krijgt dat gewoon netjes in juni, zoals altijd als we over de risicoverevening praten. Andere zaken die we wel regelen via een AMvB of een wet, doen we dan ook via de Eerste en de Tweede Kamer, al dan niet via een voorhang of een wet.

Ik kom bij de bureaucratie. Zijn de voorstellen die u doet niet bureaucratisch? Wij zullen die uitvoeren met zo min mogelijk administratieve lasten, maar een aantal van die voorstellen wordt uitgevoerd door een aantal instellingen die dat al toepassen. Daar zie je dat het helemaal niet tot administratieve lasten hoeft te leiden, als je het maar goed doet. Natuurlijk is het echt ons doel om die lasten zo laag mogelijk te houden, maar we moeten wel transparantie krijgen. Er moet echt inzicht komen in wat er nu wordt geleverd en voor wie en wat er betaald moet worden.

Dan kom ik bij de geschillencommissie en het meldpunt bij de NZa. Worden die ook gebruikt voor risicogestuurd toezicht? Ja, de NZa zal die informatie daadwerkelijk benutten voor het risicogestuurd toezicht.

Is er een verhoging van het eigen risico voorzien? Die is niet voorzien. Uiteraard wordt net als ieder jaar het eigen risico geïndexeerd, maar daarbij zal niet apart een verhoging van het eigen risico plaatsvinden.

De mogelijkheid tot het verlagen van het verplicht eigen risico bestaat al. Ik heb dat niet als iets nieuws gepresenteerd. In de brief staat ook aangegeven dat het al kan, zelfs met een voetnoot waar het geregeld is in de Zorgverzekeringswet. Ik heb nooit de suggestie gewekt dat het nieuw was en dat het niet zou kunnen. Ik zie wel dat het op veel te bescheiden schaal gebeurt. Ik heb aangegeven hoe ik dat wil stimuleren en via welke weg ik dat wil doen.

Ik kom bij de risicoverevening. Lukt het voor de zomer 2015? Wat maakt dat het nu wel kan? Op dit moment wordt er heel veel voor chronisch zieken verevend: circa 15 miljard, inclusief de stap van dit jaar van 1,5 miljard. Ik heb dit jaar dus echt al een grote stap gezet om chronisch zieken veel meer financieel te ondersteunen in het systeem. Dat neemt niet weg dat er veel onderzoek nodig is naar de mogelijkheden die ik hier aankondig. Dat onderzoek wordt fors ingezet. Ik denk dat ik op de geëigende tijd, namelijk voor de zomer, bij de Kamer met voorstellen kan komen.

In welke mate krijgen chronisch zieken en ouderen eigen risico vergoed via de gemeente? Sommige chronisch zieken en ouderen met een laag inkomen kunnen zich collectief verzekeren via de gemeente, als die gemeente dat aanbiedt. Heel veel gemeenten bieden al jaren een collectieve basisverzekering en een aanvullende verzekering aan voor burgers met een laag inkomen. De meeste gemeenten hebben die regelingen met inzet van het aanvullend budget doorontwikkeld om beter aan te sluiten bij de meerkosten voor mensen met een chronische ziekte of een beperking. Naast aanvullende modules die zijn gericht op een beperking en/of meerkosten, hebben gemeenten ook financiële vergoedingen in de collectieve verzekering opgenomen. Zowel directe kosten als het eigen risico kunnen worden opgenomen in de collectiviteit. Wij hebben het hier al eerder gehad over collectiviteiten en het weghalen van het verplicht eigen risico. Daarom wisten wij ook al dat het kon, want we zagen dat bij de grensarbeiders en ook bij gemeenten gebeuren.

Is het de bedoeling dat restitutiepolissen gaan verdwijnen? Nee, dat is niet mijn bedoeling. Het is wel mijn bedoeling dat als verzekerden kiezen voor een naturapolis, je door een lager eigen risico verzekerden daadwerkelijk kunt stimuleren om voor die naturapolis te kiezen en voor wat daarbij specifiek wordt aangeboden.

Tot slot is er gevraagd om een reactie van de minister op het verlagen van het eigen risico. Hoe wordt dit betaald?

Het is de hele opzet, ook bij verandering en aanpassing van de risicoverevening, dat het door doelmatigheid uit het systeem wordt gedrukt.

De **voorzitter**:
Was u klaar met uw betoog en de vragen?

Minister **Schippers**:
Ja.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Ik had gevraagd of het de bedoeling is dat de restitutiepolis verdwijnt. De reden dat ik dat vroeg is dat in de maatregelen staat dat de risicoverevening voor chronisch zieken wordt verbeterd. Verzekeraars krijgen meer geld als zij chronisch zieken accepteren. Dat geldt echter alleen voor verzekeraars die naturapolissen aanbieden. Dat betekent toch dat verzekeraars die restitutiepolissen hebben, weggeconcurreerd worden?

Minister **Schippers**:
Nee, de risicoverevening geldt voor iedere verzekeraar. Je ziet dat er nu voor mensen met een chronische ziekte, van een bepaalde leeftijd of bepaalde categorieën individuele verzekerden een voorspelbaar verlies is. Dat willen wij via de risicovereveningaanpassingen bijtrekken. De risicoverevening geldt echter voor iedere verzekeraar en niet op basis van de aangeboden polis, maar op basis van het bestand van de verzekerden.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Dan heb ik het dus verkeerd begrepen. Alle verzekeraars met alle polissen, ook de restitutiepolissen, krijgen een risicoverevening en ze krijgen overcompensatie voor de chronisch zieken.

Minister **Schippers**:
Nee. Het eerste wat u zei klopt: alle verzekeraars krijgen voor alle verzekerden op basis van objectieve criteria de risicoverevening. Anders zou het ook niet mogen, want dan zou het acute staatssteun zijn. Het gaat mij niet om overcompensatie. Voorlopig hebben we nog te maken met het feit dat er voorspelbare verliezen worden geleden. Daar willen wij het been in één keer bijtrekken.

Mevrouw **Klever** (PVV):
Dan nog heel even voor de zekerheid: de minister gaat bijtrekken voor de chronisch zieken en dat geldt ook voor alle restitutiepolissen.

Minister **Schippers**:
Dat geldt voor alle polissen en voor alle verzekeraars hetzelfde.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De minister heeft het in haar brief over de polissen voor mensen die zich houden aan de gecontracteerde zorgaanbieders. Hierdoor kan het risico verlaagd worden. Hoe gaat dat straks geld opleveren? Als je op dit moment een naturapolis hebt en je alleen naar gecontracteerde aanbieders gaat, kun je toch ook in aanmerking komen voor een lager eigen risico? Of gaat het straks alleen voor speciale polissen gelden, die apart moeten worden aangeboden?

Minister **Schippers**:
Dat zou ik mij kunnen voorstellen. Wat je niet int aan eigen risico, zul je moeten halen op de zorginkoop. Degenen die je aantrekt met een lager eigen risico, zijn mensen die verwachten dat zij het eigen risico vol maken. Het zijn over het algemeen mensen met een chronische ziekte of met een hoog zorgverbruik. Zij vinden het aantrekkelijk om een deel van hun eigen risico kwijtgescholden te krijgen. In het huidige systeem vindt de concurrentie op premie plaats. Je trekt dus een heel andere populatie aan, namelijk jonge en gezonde mensen. Zij kijken met name naar de premie, want ze denken dat ze helemaal geen zorg nodig hebben. Dat hoop ik ook voor ze, maar het is dus een totaal andere doelgroep waarop je je focust. Als je meer geld voor een diabetespatiënt krijgt en je de diabetesketen op zo'n manier kunt inrichten dat je heel goede zorg kunt leveren waardoor je minder geld uitgeeft aan de zorginkoop en toch een betere kwaliteit levert, dan kun je een polis aanbieden waarin je een deel van het eigen risico kwijtscheldt. Maar dat moet je wel via je zorginkoop kunnen terughalen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik bedoel eigenlijk iets anders. Er moet een prikkel zijn voor mensen om alleen naar de gecontracteerde aanbieders te gaan. Er is nu al een grote groep met een naturapolis die alleen naar gecontracteerde aanbieders gaat. Wat levert het op? Zij krijgen nu geen korting op het eigen risico. Is het de bedoeling dat dit in de toekomst ook voor hen gaat gelden? Dat was mijn vraag. Hoe ziet de minister dat? Moet je daar straks een aparte polis voor afsluiten, waarvoor dat eventueel geldt? Wordt dat toch een soort budgetpolis? Ik vraag me nog steeds af hoe de minister de verzekeraars daartoe gaat brengen. Ze noemt steeds de risicoverevening en zegt dat het geld gaat opleveren, maar het moet wel ontzettend veel geld opleveren om het eigen risico te kunnen verlagen.

Minister **Schippers**:
Uiteindelijk gaat het erom dat je massa organiseert op je inkoop. Als je massa kunt organiseren op de inkoop voor bepaalde zorg, dan kun je daadwerkelijk een doelmatigheidsslag maken die wij nu niet maken. Het gaat erom dat je het op zo een slimme manier doet dat je niet concurreert op prijs alleen. Daar is het hele stelsel op gebaseerd. Als je concurreert op prijs alleen, krijg je immers een race to the bottom. Dan maakt het niet uit wat voor aanbod erachter zit. Het systeem is er juist op gebaseerd dat wij de concurrentie op inkoop maximaal willen prikkelen. Als je dit soort polissen wilt kunnen aanbieden, zul je inderdaad goed moeten inkopen en massa moeten hebben. Ik verwijs maar even naar die preventieve programma's, waarbij mensen nu hetzelfde hebben. Die mensen hoeven daar geen eigen risico voor te betalen omdat de verzekeraars denken dat zij financieel beter af zijn als die mensen die programma's volgen. Dan leven ze bijvoorbeeld gezonder, bewegen ze meer en hebben ze daardoor minder medicijnen nodig. Dan

spaart een verzekeraar geld uit door betere kwaliteit van zorg te leveren. Dat moet de prikkel zijn van dit systeem.

De **voorzitter**:
Mevrouw Ellemeet, heel kort, want er is ook nog een tweede termijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Die massa is er al voor verzekeraars, dat vooropgesteld. Verzekeraars hebben al te maken met grote groepen chronisch zieken in hun verzekerdenbestand. Dus er is al een doelmatigheidsprikkel voor verzekeraars, ook bij deze groepen. De minister geeft aan dat de verzekeraar de korting op het eigen risico terug moet halen door betere inkoop. Maar juist omdat het om een kostenprikkel, een prijsprikkel gaat, is de verleiding heel groot om een en ander terug te halen door weer strakker in te kopen. Daardoor zal zeker niet de kwaliteit maar juist de prijs weer leidend zijn. Ziet de minister ook het risico dat de prijs weer heel bepalend wordt als wij dit instrument gaan inzetten?

Minister **Schippers**:
Nee, want er wordt nu geconcurreerd op jonge en gezonde mensen, die geen zorg gebruiken. Dat zie je ook aan de uitingen van zorgverzekeraars. Als je meer geld laat volgen op een chronisch zieke patiënt, dan ga je ook daadwerkelijk meer betalen voor die chronisch zieke patiënt en wordt het voor een zorgverzekeraar veel aantrekkelijker om zich te richten op mensen die wel zorg gebruiken in plaats van op mensen die geen zorg gebruiken. Dan is het veel aantrekkelijker om die slag op de inkoop en de kwaliteit van de inkoop te maken. Dat vinden chronisch zieken namelijk belangrijk als ze voor een polis kiezen, in tegenstelling tot jonge, gezonde mensen, die eerder hun eigen risico nog een beetje opplussen omdat ze denken toch geen gebruik te maken van zorg. Die kijken verder niet naar wat er gecontracteerd is. Dat is bij een chronisch zieke echt heel anders. Daar ligt het zwaartepunt totaal anders. Dit is toch de essentie van ons systeem.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dan vind ik het toch heel interessant dat de minister het nodig acht om nog een prijsprikkel te introduceren met die korting op het eigen risico. Daarmee bind je deze groepen aan je als je een goed werkend stelsel zou hebben waarin je eerlijk betaalt en een verzekeraar gelijke waarde krijgt voor een verzekerde, of die nou chronisch ziek is of niet. Nu wordt weer een extra prijsprikkel geïntroduceerd waardoor de verzekeraars gedwongen worden om dat ergens terug te halen. Die kosten van de korting op het eigen risico komen immers bij hen te liggen. Die moeten ze ergens terughalen. Dat zijn kosten. Dat gaat om prijs. Dus dan zullen verzekeraars weer een extra prikkel hebben om die prijs in hun contractering te compenseren.

Minister **Schippers**:
Nee, want ik introduceer geen nieuwe prijsprikkel. Deze is er al sinds 2006. Maar die wordt niet gebruikt omdat er voorspelbaar verlies geleden wordt op deze chronisch zieken. Dat blijkt uit alle onderzoeken. Het gaat erom dat contractering voor alle partijen aantrekkelijk moet zijn. Zoals ik heb geprobeerd in het plan uit te leggen: alle partijen moeten er belang bij hebben. Zo moet een zorgverzekeraar er belang bij hebben om te contracteren. Die moet er niet voor terugschrikken, omdat hij nu in een negatief daglicht staat en zegt: voor mijn imago is het beter als ik die contractonderhandelingen überhaupt niet meer voer. We zijn ook ver van huis als een aanbieder zegt: waarom zou ik eigenlijk contracteren; dan krijg ik immers te maken met allerlei kwaliteitseisen en volumebeperkingen; ik kan beter de volumemachine aanzetten zonder contract, want dan trek ik het geld dat ik minder binnenhaal wel weer bij. Voor de verzekerde moet het aantrekkelijk zijn om te kiezen voor een gecontracteerd zorgaanbod in plaats van een restitutiepolis. Waarom zou je daar anders voor kiezen? Dat moet dus zitten in prijs en kwaliteit. Die drie partijen moeten dus gestimuleerd worden om te kiezen voor gecontracteerde zorg, zorg te contracteren of gecontracteerd te worden. Daar zijn de prikkels op gericht. Het werkt niet omdat voor een groot deel het risicovereveningssysteem een hinderpaal vormt om van deze mogelijkheid, die al gecreëerd is — en niet voor niets — gebruik te maken.

De **voorzitter**:
De laatste interruptie van mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP):
De minister heeft het de hele tijd over prikkels, kwaliteit, beter, samenwerken. Ik ben toch wel benieuwd hoe de minister verklaart dat de chronische patiënt helemaal niet durft over te stappen en dat er steeds meer zorgverleners zijn die helemaal geen contract meer willen sluiten met de zorgverzekeraars, omdat die zeggen: rechtsonder graag tekenen. Dat zijn de zogenaamde TROG-contracten.

Minister **Schippers**:
Op dat laatste punt kondig ik maatregelen aan. Er moet wel een gesprek plaatsvinden, zodat het niet meer mogelijk is dat men een standaardcontract aangeboden krijgt. Bij de eerste twee punten liggen mijn zorgen. Een aanbieder kan zeggen: laat dat contract maar zitten, want ik haal wat ik daardoor misloop wel terug door extra te opereren en de volumeprikkel aan te zetten. In dat geval hebben wij op macroniveau een groot probleem. Er moet immers gewerkt worden op basis van medische noodzaak en niet op basis van geld verdienen. Dit stelsel is juist gebaseerd op contractering, in tegenstelling tot het Engelse stelsel, waar de artsenkeuze volledig vrij is en de overheid alles voor je regelt, maar waar je wel voor spoedeisende hulp in een wachtrij staat. Dit systeem is juist gebaseerd op het uitgangspunt om een veel betere zorg te leveren voor hetzelfde geld.

De **voorzitter**:
Tot slot, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Het is opmerkelijk dat de minister de wachttijden aanhaalt, terwijl wij net van de NZa gehoord hebben dat de wachtlijsten in Nederland ook toenemen in het huidige stelsel. Ik begrijp heel goed wat de minister bedoelt en ik begrijp ook heel goed hoe zij tegen de zorgsector aankijkt. Het is alleen maar geldgedreven. In haar ogen zouden de mensen alleen

maar willen verdienen. Het zou alleen maar moeten gaan over een rendabel model, over commercieel belang bij een chronische ziekte.

De **voorzitter**:
En uw vraag is?

Mevrouw **Leijten** (SP):
Beseft de minister dat zij zich misrekent? Beseft zij dat het voor artsen en mensen in de eerste lijn gaat om samenwerking en helemaal niet over het elkaar vliegen afvangen? Beseft zijn dat juist daarom geen contracten met zorgverzekeraars meer worden afgesloten? Die zeggen op basis van de materiële controle tegen huisartsen: u bent te vaak bij stervende patiënten geweest. Is het niet om die reden dat het helemaal vastloopt?

Minister **Schippers**:
Geld speelt natuurlijk altijd een rol. Zeker als je over een systeem nadenkt, moet je goed bedenken waar de stimulansen liggen om bepaald gedrag te voorkomen. Je ziet dat ook als je in gesprek bent met huisartsen. Als ik bijvoorbeeld voorstel om alles via een abonnementstarief te doen, zeggen die huisartsen dat zij dat niet willen. Zij zeggen: als wij bepaalde extra behandelingen of andere dingen doen, willen wij daar graag iets voor terugzien. Dat vind ik op zich helemaal niet gek. Dat veroordeel ik ook niet. Het druist echter wel in tegen de schets van mevrouw Leijten van de wijze waarop de zorgsector in elkaar zit.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Eén van de 21 voorstellen betreft het gedifferentieerd macrobeheersingsinstrument. Daar ligt een advies van de landsadvocaat onder. Dit is een van de dragende voorstellen voor het totaalpakket dat zij met de zorgakkoordpartijen verder zal uitwerken. De minister zegt dat het niet gebruikelijk is om adviezen van de landsadvocaat toe te zenden. De minister-president echter heeft daarover in de nacht van 18 op 19 december jongstleden wel een toezegging over gedaan. Die luidt als volgt: "Stel dat er uiteindelijk in zo'n dialoog tussen de Kamer en het kabinet en in de gezamenlijke oriëntatie een variant wordt gevonden waarover eerder ook de landsadvocaat, in de opbouw naar besluitvorming adviserend is opgetreden. Ik zou me kunnen voorstellen dat we dit dan ook met de uiteindelijke voorstellen meesturen naar de Kamer. Laat ik in elk geval die toezegging doen." Eigenlijk is mijn vraag of deze minister de toezegging van de minister-president gestand wil doen en dat advies ook naar de Kamer wil sturen.

Minister **Schippers**:
Het is heel vervelend, want mevrouw Bruins Slot citeert heel vaak uit brieven en stukken, en als ik ze dan nalees, ligt het net een slagje anders. Ik kan dat vanaf hier niet beoordelen, want ik heb dat stuk niet voor me liggen. Wat ik wel kan toezeggen, is dat ik, als wij dat MBI-voorstel naar de Kamer sturen, ervoor zorg dat het ook juridisch goed in elkaar steekt. Wij zullen dus ook alle argumenten en maatregelen die nodig zijn om het daadwerkelijk via de Raad van State met een positief oordeel naar de Kamer te kunnen sturen, in het wetsvoorstel verwerken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik citeer altijd keurig, maar de minister geeft er weleens een andere uitleg aan. Dat is wel een verschil. Ik citeer dus nog een keer.

De **voorzitter**:
Nee, mevrouw Bruins Slot ...

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De minister zegt dat mevrouw Bruins Slot niet keurig citeert ...

Minister **Schippers**:
Nee, dat zeg ik niet. Ik zei dat die citaten ook een voor-, midden- en nastuk hebben. Het citaat wel klopt, maar uiteindelijk gaat het over net iets anders dan ik uit het gehoor begrijp. Dat is het lastige van citeren. Wat ik u toezeg, is dat het wetsvoorstel dat ik naar de Kamer stuur, juridisch goed in elkaar steekt. Het moet zodanig in elkaar steken dat ook de Raad van State er een goed juridisch oordeel over kan geven. Tevens zal de Kamer alle adviezen die wij hebben gekregen, daarin verwerkt zien.

De **voorzitter**:
Mevrouw Bruins Slot, echt tot slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik citeer nogmaals de minister-president, want anders is het een halve toezegging van de minister-president geweest: "Stel dat op enig moment het wetsvoorstel is vastgelopen, dat vervolgens dat overleg waar wij in de brief op hinten tussen Kamer en kabinet heeft plaatsgevonden — in die fase zitten we nu — en dat die gezamenlijke zoektocht heeft geleid tot conclusies over we hoe dan wel de afspraken met de zorgakkoordpartijen kunnen nakomen". Die 21 hebben we nu. "Als dan bij de verdere uitwerking van die route in het verleden sprake zou zijn geweest van adviezen van de landsadvocaat, vind ik het op zichzelf redelijk om daar op dat moment inzage in te geven". Onder het macrobeheersinstrument ligt een advies van de landsadvocaat. Mijn verzoek aan de minister is: bestudeer nog zorgvuldig wat de minister-president heeft gezegd. Wellicht kan zij er in tweede termijn op terugkomen en dan zeggen dat zij het advies van de landsadvocaat naar de Kamer stuurt. En als dat niet zo is, dan hoor ik dat graag.

Minister **Schippers**:
Dit is niet een nieuw wetsvoorstel zoals dat in dat debat ter bespreking voorlag. Uw citaat heeft betrekking op een voorstel voor een aangepast artikel 13. Ik doe geen voorstel voor een aangepast artikel 13. Ik kom met een geheel nieuw pakket aan maatregelen, onder andere met een aanpassing van de WMG, die niet in het eerdere pakket zat, om het MBI vast te stellen. Ik zal met een zorgvuldig wetsvoorstel komen waarin ook juridisch goed gekeken is naar wat kan en wat niet kan.

De **voorzitter**:
Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de regering. Er is behoefte aan een tweede termijn. Als eerste spreker is het woord aan mevrouw Ellemeet. Spreektijd is één minuut en twintig seconden, inclusief het indienen van moties.

☐

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Voorzitter. Ik heb twee moties.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat het onduidelijk is hoe de nieuwe zorgplannen "Kwaliteit loont" financieel zullen uitpakken voor zowel de koopkracht van de burger als de overheidsfinanciën;

van mening dat een stijging van de zorgpremie effect kan hebben op de koopkracht en dat deze effecten in beeld gebracht moeten worden voordat de Kamer een oordeel kan vellen over de plannen;

verzoekt de regering, de plannen door te laten rekenen door het Centraal Planbureau op in ieder geval de koopkrachteffecten en budgettaire gevolgen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Ellemeet, Leijten en Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 118 (31765).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de nieuwe zorgplannen "Kwaliteit loont" in de plaats komen van de zorgwet die in december door de Eerste Kamer werd verworpen;

van mening dat deze nieuwe plannen net zo zorgvuldig behandeld dienen te worden;

verzoekt de regering, de plannen in samenhang voor te leggen aan de Raad van State alvorens de plannen in stemming te brengen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Ellemeet, Leijten en Klever. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 119 (31765).

☐

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter. Gisteren heeft de Reclame Code Commissie een belangrijke uitspraak gedaan. Ze heeft gezegd dat het ministerie van VWS met de zorgspotjes aan misleiding deed. Ik vraag de minister om het hier anders te doen. De tegenstelling is niet die tussen kwaliteit en patiëntenbelang. Het vraagstuk is: wie heeft de macht in de zorg? En gaat het om geld of gaat het over inhoud? De minister heeft het alleen maar over kwaliteit. Dat is de misleiding, want daarmee vertelt ze niet dat het op geld is gebaseerd. Ze zei in een bijzin: het moet wel financieel aantrekkelijk zijn voor iedereen. Voor de chronisch zieke is het niet aantrekkelijk om over te stappen. Hij wordt geweerd. Hij is doodsbang. De huisarts die een materiële controle krijgt omdat hij te vaak bij terminale patiënten langs is geweest, denkt ook bij zichzelf: in welk zorgstelsel ben ik beland? De minister gaat echter maar door.

Van de mensen heeft 22% zorg gemeden vanwege het eigen risico. Daarmee staan we op de tweede plek. We hebben hier eerder een debat over gevoerd. Als de minister echt wil dat er iets aan het eigen risico wordt gedaan en dat de solidariteit wordt hersteld met mensen die chronisch ziek en ouder zijn, dan moet ze ervoor zorgen dat die mensen geen eigen risico meer hoeven te betalen. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de regering de koopkracht van ouderen en chronisch zieken wenst te verbeteren door middel van een polis met een lager eigen risico;

constaterende dat dit nu in handen is van zorgverzekeraars en er dus geen enkele garantie is dat die polis er ook daadwerkelijk komt;

verzoekt de regering, het verplichte eigen risico af te schaffen voor ouderen en chronisch zieken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Leijten en Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 120 (31765).

☐

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter. De minister heeft een vergaarbak aan maatregelen naar de Tweede Kamer gestuurd. Ze heeft haar ei gelegd. Het CDA vindt echter wel dat het een verrassingsei is gebleven. Het is nog onduidelijk wat precies uit het bouwpakketje van de minister gaat komen. Er liggen nu 21

puzzelstukken op tafel die in elkaar moeten worden gelegd. Het blijft onduidelijk wat precies de financiële effecten van deze plannen zijn. Daarom ondersteun ik de motie van GroenLinks.

Ik heb ook nog wel twijfels over het tempo van de minister. Ik vraag haar duidelijk: is ze het met het CDA eens dat zorgvuldigheid hier van belang is en dat die boven snelheid moet gaan?

Er is ook nog onduidelijkheid over de effecten van maatregelen in hun samenhang. Daarom dien ik de volgende motie in.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de brief van vrijdag 6 februari 2015, "Kwaliteit loont ", 21 maatregelen bevat;

constaterende dat de 21 maatregelen in deze brief zich richten op verschillende spelers in het zorgveld, zoals de toezichthouders, de minister, de zorgverzekeraars, de verzekerden en de zorgaanbieders;

overwegende dat juist de gevolgen van de voorgestelde maatregelen in relatie tot elkaar moeten worden gezien, zodat beoordeeld kan worden of deze 21 maatregelen de kwaliteit van zorg verhogen en de kosten laten dalen;

verzoekt de regering, de gevolgen van de maatregelen in samenhang zo uitgebreid mogelijk in kaart te brengen en de Kamer hierover voor april 2015 te informeren;

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Bruins Slot en Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 121 (31765).

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik heb nog een afsluitende opmerking. Ik hoor de minister de hele tijd praten over massa-inkoop van chronisch zieken. Laten we vooral benadrukken dat dit complexe zorg is, die vaak bij maatwerk gebaat is.

☐

De heer **Slob** (ChristenUnie):
Voorzitter. Omdat we vandaag de afspraak hebben gemaakt dat we de voorstellen van de minister en haar werkagenda op nadere momenten nog veel uitgebreider zullen behandelen, heb ik me in dit debat beperkt tot de procedure. De minister heeft mij wat dat betreft twee toezeggingen gedaan die voorkomen dat ik nu moties ga indienen. Allereerst heeft ze toegezegd dat eventuele AMvB's — mijn wens is: zo min mogelijk — zullen worden voorgehangen in zowel de Tweede Kamer als de Eerste Kamer. Omdat er geen wettelijke afspraken over zijn, ga ervan uit dat die gestuit kunnen worden en dat de oordelen van zowel de Tweede Kamer als de Eerste Kamer daarbij dus uiterst serieus zullen worden genomen. Ik ga er dus van uit dat we er straks geen gedoe over krijgen en dat het niet alleen maar pro forma wordt toegestuurd. Ik ga af op de toezeggingen die de minister op dit punt heeft gedaan.

Ik heb ook gevraagd naar de rechtsgrond voor de AMvB's. Daar zullen wij kritisch naar kijken als ze naar de Kamer gestuurd worden. De minister heeft in de media gezegd dat het wetten zijn die al zijn aangenomen. Er is er echter een waarvoor dat niet geldt, namelijk de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Die ligt al vanaf 2013 in de Eerste Kamer. Er is net weer een nader verslag gekomen. Kortom, dat is aldaar een behoorlijk omstreden wet. Dat zou kunnen betekenen dat de AMvB die daar wordt toegepast over het aanpakken van aanbieders met ontoereikende kwaliteit, wel een heel cruciale is die ook vrij nauw raakt aan de artikel 13-discussie. Maar goed, dat zal in de Eerste Kamer moeten worden uitgediscussieerd.

De minister heeft toegezegd dat de positie van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar in een wet zal worden geregeld. Ik vraag haar om het tijdschema dat zij voor de AMvB heeft ook voor de wet aan te houden. Ik weet wel dat het misschien iets langer zal duren. Een wet moet naar de Raad van State, maar dat geldt ook voor AMvB's. Bij een wet zal het alleen iets uitgebreider zijn. Ik vraag de minister om het adagium "tempo maken" ook op dit onderwerp toe te passen. De rest zullen we op een nader moment bespreken.

☐

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Voorzitter. Ik wil de minister graag bedanken voor de beantwoording. Die ging voornamelijk over de hoofdlijnen. We hebben goed doorgesproken over de procedure. Ook dank ik de minister voor de toezegging om het parlement royaal te betrekken — mag ik het zo zeggen? — bij de uitwerking van alle maatregelen die voorliggen.

Ik zou op één punt nog een motie willen indienen om te markeren wat bij de uitwerking van de maatregelen voor ons belangrijke gezichtspunten zijn. Zeker als het gaat om verscherpte kwaliteitsregels en toezicht zeggen wij: akkoord, dat kan zeker zijn nut en waarde hebben. Let echter ook op dat er recht wordt gedaan aan diversiteit en vernieuwing. Vandaar de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat diversiteit en vernieuwing in het zorglandschap uiterst belangrijk zijn;

verzoekt de regering, te bevorderen dat de maatregelen tot kwaliteitsversterking en kostenbeheersing recht doen aan dit uitgangspunt, en te bevorderen dat de maatregelen uit de brief "Kwaliteit loont" ertoe leiden dat de ruimte voor kleine zorgaanbieders, identiteitsgebonden zorg en nieuwe spelers behouden blijft,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Staaij, Slob, Ellemeet en Bruins Slot. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 122 (31765).

De **voorzitter**:
De heer Rutte ziet af van zijn tweede termijn. Dan is het woord aan mevrouw Dijkstra.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Voorzitter. Ik sluit me aan bij de waardering van de vorige sprekers over de toezegging van de minister dat zij de AMvB's zal voorhangen en dat zij het oordeel van de gehele Staten-Generaal laat meewegen.

Ook ik heb aangegeven dat het wat mij betreft vandaag over de hoofdlijnen gaat. Ik moet zeggen dat ik het ook wel belangrijk vind om in tweede termijn te laten blijken dat je gehoord hebt wat er in eerste termijn gezegd is. Ik vind dat de minister op een aantal punten meer helderheid heeft gegeven, maar in de debatten die we nog over de maatregelen zullen voeren, zullen we nog heel veel moeten uitwisselen.

Ik wil een motie indienen over de financiële onderbouwing van de plannen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat er behoefte bestaat aan inzicht in de gevolgen van de 21 maatregelen uit de brief "Kwaliteit loont";

verzoekt de regering, het Centraal Planbureau opdracht te geven tot het doen van een kwalitatieve en, waar mogelijk, een kwantitatieve analyse van de maatregelen uit de brief ten aanzien van:

- de werking van het zorgstelsel als geheel;
- de budgettaire gevolgen;
- de verwachte effecten op (het gemiddelde niveau van) het eigen risico en de gemiddelde Zvw-premie;

verzoekt de regering tevens, de Kamer over de uitkomsten van deze analyse voor 1 april aanstaande te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Pia Dijkstra, Van der Staaij en Slob. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 123 (31765).

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Voorzitter. Zoals ik in mijn eerste termijn al zei, gaat dit voorstel over de kwaliteit van zorg. Goede zorg loont voor patiënten, voor mensen die zorg nodig hebben en vooral voor chronisch zieken. De kern is wel dat je als patiënt erop moet kunnen vertrouwen dat goede zorg wordt ingekocht en dat je dat ook kunt zien in de polis. Dat vraagt wat van alle partijen. Dat vraagt van de arts om openheid te geven. Dat vraagt van de zorgverzekeraar om die te belonen, zodat de patiënt begrijpelijke informatie krijgt en weet waar hij aan toe is. Het gaat niet over veel en meer, maar over goed, beter, best. Het vraagt ook om extra druk op artsen om openheid te geven over wat ze doen en wat de resultaten zijn om op die manier een stap verder te komen met de patiënten. Ik gebruik het woord "druk", maar dat bedoel ik positief. Mijn eerste vraag aan de minister is wie die druk gaat zetten en met welk beoogd resultaat. Want van zorgverzekeraars alleen moeten wij het niet hebben, zo hebben wij helaas gemerkt. Het is de vraag welke rol de minister daarin gaat spelen.

Mijn tweede vraag gaat over het versterken van de positie van zowel de verzekerden via het meldpunt bij de IGZ als de zorgverleners die een geschillencommissie krijgen en straks gezamenlijk kunnen inkopen op kwaliteit. Dit staat los van het oplossen van de individuele vraag. Op welke manier gaat de toezichthouder deze informatie gebruiken als signaal? Dan kan hij risicogestuurd toezicht houden als extra stok achter de deur, zodat zorgverzekeraars ook echt op kwaliteit gaan inkopen en netjes en goed met mensen omgaan.

De **voorzitter**:
De minister kan direct antwoorden.

Minister **Schippers**:
Voorzitter. In de motie op stuk nr. 118 verzoekt mevrouw Ellemeet de regering om de plannen door te laten rekenen door het Centraal Planbureau op in ieder geval koopkrachteffect en budgettaire gevolgen. Dat is een partiële doorrekening die ook tamelijk prematuur is. Wij laten alles meelopen in het algemene beeld van het CEP en de MEV. Zo'n aparte berekening zou ik dus ernstig willen ontraden. Eigenlijk kan ik de motie op stuk nr. 123 van mevrouw Dijkstra c.s. hierbij meenemen, want in die motie wordt de regering verzocht om weer een ander deel te onderzoeken. In de motie van mevrouw Ellemeet wordt er om een doorrekening van de koopkrachteffecten gevraagd en in de motie van mevrouw Dijkstra om een analyse van een aantal andere zaken en wel voor 1 april. De Kamer heeft het pakket gezien en alle data die daarachter zitten. Dat hele pakket moet uitgewerkt worden door de partijen van het hoofdlijnenakkoord. Dat hebben wij voor 1 april natuurlijk nooit gedaan. Sterker nog, er zitten enkele wetsvoorstellen in die eind van dit jaar in de Kamer behandeld worden en ook een belangrijke bijdrage leveren. Je gaat dan dus echt kleine onderdelen apart beoordelen, terwijl andere onderdelen daar nog na komen. Ik wil best met het CPB in overleg gaan over het geëigende moment en over de vraag welke uitwerking je nodig hebt om dit daadwerkelijk te doen. Nu wordt in deze twee moties gevraagd om al binnen anderhalve maand alle gevolgen van het algemene hoofdlijnenplan op

te leveren, terwijl dat maar net uit is en uitwerking behoeft. Dat is echt onmogelijk. Ik kan best met de Kamer afspreken dat ik eens met het CPB om de tafel ga zitten en vraag wat op welk tijdstip mogelijk is en hoe wij dat met elkaar zouden kunnen bespreken. Deze moties zal ik echter beide moeten ontraden.

De **voorzitter**:
Om welke moties gaat het precies?

Minister **Schippers**:
Ik heb het over de moties op de stukken nrs. 118 en 123.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
De minister zegt dat 1 april niet haalbaar is. Het is prima om te kijken naar een datum. Maar het is toch zo dat het CPB kan bekijken — dat doen we toch zo vaak — naar de plannen die je hebt? Die hoeven niet allemaal uitgevoerd te zijn. De minister zegt: sommige dingen worden pas het einde van het jaar of begin volgend jaar duidelijk. Maar het gaat er altijd om wat je ermee beoogt. De minister heeft hier iets mee voor ogen. De vraag is of we eens berekend kunnen zien of het allemaal uitkomt zoals zij het voor zich ziet.

Minister **Schippers**:
Er zitten heel veel keuzes achter dit hoofdlijnenplan. Het gaat natuurlijk om die keuzes. Welke richting sla je in? Het CPB doet altijd een premieraming in het voorjaar. Het gat dat er zit tussen die raming en wat het uiteindelijk slechts een aantal maanden daarna wordt, is echt fiks. Dan zie je hoe belangrijk het is dat je preciezere informatie hebt. Het CPB kan die ook helemaal niet hebben. Ik ben dus heel blij dat het die raming doet, zodat je een beetje een beeld hebt. Je ziet echter hoeveel informatie het CPB nodig heeft om het daadwerkelijk echt goed en een beetje hard uit te kunnen rekenen. Ik wil best met het CPB in gesprek om te vragen wat het op welk moment voor mij kan uitrekenen, hoe het dit kan bekijken en welke tijd het daarvoor nodig heeft. Maar ik denk dat er zeker in de gesprekken met de partijen van het hoofdlijnenakkoord een aantal stappen in de uitwerking moeten worden gezet om het op een beetje een zinnige manier aan het CPB te kunnen voorleggen.

De **voorzitter**:
Tot slot.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):
Ik wil de minister alleen nog vragen wanneer zij denkt dat ze er iets over aan de Kamer duidelijk kan maken.

Minister **Schippers**:
Ik denk dat ik tegen de zomer een behoorlijke slag heb gemaakt met de uitwerking van het plan. Een heleboel acties die ik moet doen, vinden voor de zomer plaats. Een heel belangrijk element van de plannen is bijvoorbeeld de risicoverevening. Je zult echt wel meer informatie moeten hebben, het CPB ook, om iets zinnigs te kunnen zeggen. Ik ga rond de zomer met het CPB om de tafel zitten om ervoor te zorgen dat we voor de begroting met elkaar iets van het CPB te bespreken hebben.

De **voorzitter**:
Ik zie mevrouw Leijten en mevrouw Bruins Slot staan. Zij mogen één vraag over de betreffende motie stellen of zeggen dat ze de motie willen aanhouden of wijzigen. Als drie mensen een motie ondertekend hebben, is het echter niet zo dat die daar alle drie een vraag over mogen stellen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Voorzitter ...

De **voorzitter**:
Mevrouw Leijten, rustig, mag ik heel even?

Mevrouw **Leijten** (SP):
... dan moeten we dus voortaan allemaal een eigen motie indienen om over dat onderwerp te debatteren? Dat is natuurlijk onzin.

De **voorzitter**:
Mevrouw Leijten, dat is de afspraak. Zo is het altijd geweest. Ik wil vragen wie namens de indieners van de motie op stuk nr. 118, waarvan mevrouw Ellemeet de eerste ondertekenaar is, een vraag wil stellen.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dit accepteer ik echt niet, voorzitter.

De **voorzitter**:
Mevrouw Leijten, de indiener is altijd degene die er een vraag over stelt.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dat is dan nieuw.

De **voorzitter**:
Nee, dat is altijd zo geweest.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik wil dan een punt van orde maken.

De **voorzitter**:
Ik vind het wel jammer dat het debat op deze manier ...

Mevrouw **Leijten** (SP):
Laat ons gewoon een vraag stellen!

De **voorzitter**:
Ja, over de motie, en dan één vraag.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Dan moet ik de volgende keer dus een motie indienen om een fatsoenlijke vraag te stellen terwijl we samenwerken om te voorkomen dat we honderd moties indienen?

De **voorzitter**:
U mag een vraag stellen namens uw collega's. Ga uw gang, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik ga ervan uit dat mevrouw Bruins Slot haar vraag ook kan stellen.

De **voorzitter**:
Nee, daar ga ik over. Mevrouw Leijten, u hebt het woord.

Mevrouw **Leijten** (SP):
Ik wilde aan de minister vragen of zij bereid is om ons, als die er voor de begroting kan komen, een aparte doorrekening door het CPB van het hoofdlijnenakkoord te geven, dus niet weggewerkt in de MEV of in het algemene rijksbeleid. Een oppositiepartij moet een tegenbegroting laten doorrekenen door het CPB om überhaupt geloofwaardig te zijn. De minister is bereid om met het CPB in gesprek te gaan. Laten we dan ook afspreken dat het een aparte doorrekening is van het hoofdlijnenakkoord, zodat we dat apart kunnen wegen.

Minister **Schippers**:
Het komt sowieso in de MEV en al die dingen. Ik heb apart aan mevrouw Dijkstra toegezegd dat ik met het CPB rond de tafel ga zitten en zal vragen wat het nog met enige hardheid kan doen. Dat zal ik uiteraard apart aan de Kamer doen toekomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Voorzitter, ik heb een procedureel punt. U leidt de vergadering en het is van belang dat je dat als lid accepteert, maar ik ben wel verrast door uw opmerking dat maar één indiener een vraag mag stellen. Het lijkt mij goed om daar buiten deze vergadering nog even naar te kijken.

De **voorzitter**:
Dat lijkt mij ook goed.

Minister **Schippers**:
In de motie op stuk nr. 119 verzoeken mevrouw Ellemeet c.s. de regering, de plannen in samenhang voor te leggen aan de Raad van State. Daarop heb ik al gereageerd in het debat; ik ontraad dat. Een heleboel elementen van deze plannen horen ook niet daar, maar bij het CPB. Daar zal ik die elementen in samenhang laten bekijken.

In de motie op stuk nr. 120 verzoekt mevrouw Leijten het verplichte eigen risico af te schaffen voor ouderen en chronisch zieken. Het eigen risico heeft een functie. Wij spreken daar regelmatig over in de Kamer. Het zou ook een groot budgettair effect hebben en dat betekent een sterke premiestijging. Om die reden ontraad ik de aanneming van deze motie.

In de motie op stuk nr. 121 wordt de regering verzocht, de gevolgen van de maatregelen in samenhang zo uitgebreid mogelijk in kaart te brengen en de Kamer hierover voor 1 april 2015 te informeren. Ik zal deze plannen in voortgang en samenhang aan de Kamer melden. Ik zal met andere woorden dit pakket verder brengen, ook al zijn er onderdelen die in een verschillend ritme zitten. April is echt niet mogelijk. Ik heb zojuist al aangegeven waarom ik de plannen eerst goed moet bespreken met de partijen van de hoofdlijnenakkoorden. Om die reden ontraad ik de aanneming van de motie.

In de motie op stuk nr. 122 wordt de regering verzocht, te bevorderen dat de maatregelen tot kwaliteitsversterking en kostenbeheersing recht doen aan dit uitgangspunt, en te bevorderen dat de maatregelen uit de brief Kwaliteit loont ertoe leiden dat de ruimte voor kleine zorgaanbieders, identiteitsgebonden zorg en nieuwe spelers behouden blijft. Ik vind dit een positieve motie, waarvan ik de doelstellingen onderschrijf. Om die reden laat ik het oordeel over de motie aan de Kamer.

Voorzitter. Daarmee heb ik de moties van een oordeel voorzien.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Ik had het zojuist over een verrassingsbouwpakketje met 21 maatregelen. We moeten daarom nog zien waar we precies gaan uitkomen. Dat is de reden waarom ik samen met mevrouw Ellemeet deze expliciete motie op stuk nr. 121 heb ingediend. De minister vindt april te vroeg, maar wat is dan wel een redelijke termijn?

Minister **Schippers**:
U hecht zelf heel erg aan het draagvlak in het veld. Ik doe dat ook en daarom ga ik het met de partijen van de hoofdlijnenakkoorden uitwerken. Ik wil ook echt met hen bekijken hoe we tot een goed pakket kunnen komen. Ik heb er haast mee, maar u benadrukte zojuist terecht het belang van zorgvuldigheid, want ik wil het zelf ook echt zorgvuldig doen. Ik doe geen toezegging over een datum, maar ik heb al wel toegezegd dat ik de Kamer in samenhang over de voortgang zal berichten. Op welke datum dat precies zal zijn, laat ik echt afhangen van het gesprek met de partijen van het hoofdlijnenakkoord.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
De motie was inderdaad bedoeld als een opening naar de minister om de motie aan te passen. Ik heb een expliciete datum in de motie opgenomen, omdat de minister op de televisie heeft gezegd dat zij wil dat alles op 1 januari 2016 zijn beslag krijgt.

Minister **Schippers**:
Nee, dat is niet zo, want er zitten al wetsvoorstellen in die eind dit jaar pas in de Kamer liggen. Dat staat ook zo in het schema en in de brief. Dat is dus onmogelijk.

De **voorzitter**:
Gaat u iets met uw motie doen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):
Dat wil ik wel doen, maar dan moet ik een indicatie hebben van de termijn die de minister voorstaat. Ik kan immers niet ins Blaue hinein nu iets anders doen.

Minister **Schippers**:
Ik ga dat niet doen. Mevrouw Bruins Slot vraagt mij om zorgvuldigheid, maar ook om draagvlak van alle partijen. Ik heb aangegeven hoe ik ongeveer de tijdtabel zie. Die kan mevrouw Bruins Slot zo bekijken. Ik heb haar de route- en de tijdplanning gegeven. Ik wil eerst het gesprek aangaan en dan de Kamer informeren over de uitkomsten en dus ook over de voortgang van dit pakket.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen. Nee? Mevrouw Bouwmeester.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA):
Ik had geen motie, voorzitter, maar wel twee vragen.

Minister **Schippers**:
Dat klopt.

De heer Slob had drie punten. Hij vroeg zich of er bij voorhang rekening wordt gehouden met wat de Kamer vindt. Uiteraard. Wij hebben dan een goed gesprek, dat we, naar ik hoop, ook goed afronden met elkaar.

De heer Slob heeft gelijk met zijn opmerking over de rechtsgrond. De Wkkgz ligt in de Eerste Kamer. Uiteraard zullen pas na aanvaarding de kwaliteitseisen daarin een plek vinden. Ik heb zo'n vermoeden dat die kwaliteitseisen ook een rol zullen spelen in het debat over die Wkkgz.

Wat betreft de positie van de verzekerden tegenover de verzekeraars heb ik al gezegd dat ik genegen ben om in te gaan op het voorstel van de heer Slob om daar een wet van te maken. Ik houd altijd van tempo, dus ik zal proberen om dat ordentelijk en in een goed tempo te doen. Zorgvuldigheid is belangrijk. Ik weet niet wat voor wetstechnische dingen eraan vastzitten. Als die er niet aan vastzitten, zal de Kamer het vrij snel krijgen. Ik zie het belang ervan en ook het draagvlak dat het heeft.

Mevrouw Bouwmeester wil weten hoe we druk op artsen gaan zetten. Ik moet zeggen dat artsen sterk betrokken zijn in het hoofdlijnenakkoord. Ik vind dat zij daar ook een positieve rol spelen. Ook bij de transparantieagenda waren de artsen toch weer de eersten die mij belden en zeiden: "Je wilt met de patiënten echt grote stappen maken. Wij willen daar graag bij zijn. Wij zijn al met patiënten bezig met die kwaliteitsagenda. Wij willen gewoon graag die stappen naar transparantie en naar goede declaratie zetten." Ik vind dus dat wij zowel de eerstelijns- als de tweedelijnsartsen goed betrokken hebben bij die agenda.

Als het bij individuele artsen misgaat, als er sprake is van opzettelijke fouten in declaraties, hebben we daadwerkelijk de weg naar de tuchtrechter. Volgens mij hebben we het daar deze week of vorige week nog over gehad bij het fraudedebat.

De geschillencommissie is er nog niet. Als die er komt, is het van belang dat de toezichthouder die meeneemt in zijn risicogestuurd toezicht. Dat vind ik nou het aardige van het Landelijk Meldpunt Zorg: enerzijds heb je een goede klachtenafhandeling voor degene die klaagt, anderzijds kun je daadwerkelijk je systeem verbeteren door de signalen die je op dat meldpunt binnenkrijgt. Ik heb daar zelf gekeken. Ze hebben bij het meldpunt de gegevens opgehangen. Zo kun je heel goed zien waar de pieken en de dalen zitten. Dat zegt iets over de gezondheidszorg. Het geeft belangrijke informatie.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Over de ingediende moties zullen we morgen stemmen. Ik dank de minister, de Kamerleden en de mensen die dit debat via internet hebben gevolgd.